

# CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL  
CIRUG. Y CIRUJ.

ORGANO OFICIAL DE LA  
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

TOMO XXII

7

JULIO

1954

Director:  
Dr. BERNARDO J. GASTELUM  
Jefe de Redacción:  
Dr. DIONISIO PEREZ COSIO





# en la peritonitis **Terramicina\***

MARCA DE LA ORITETRACICLINA

Después de tratar con Terramicina a 68 pacientes de peritonitis, los autores llegaron a la conclusión de que "la Terramicina es un agente antibacteriano muy útil y potente." Se comprobó que esta droga es especialmente eficaz por su "amplio espectro antimicrobiano y buena difusión en el exudado peritoneal . . ."

COMUNIC. DE FARMACIA DE  
CHINA, PFIZER & CO., 1960.

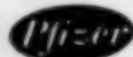
Bates, F.; Pothol, R. J.; Arth, G. P., y  
Brouha, J. G. ARCH. SURG. 64:3-9 (ENERO) 1960.

— Los conceptos vertidos en esta propaganda son de la responsabilidad exclusiva de los autores mencionados en la bibliografía.

*Literatura Exclusiva para Médicos.*

Prop. N° A 1063/54 S. S. A.

Reg. N° 33925 S. S. A.



FUNDADA EN 1949

LABORATORIOS PFIZER, S. A., P. de Alva Ixtlixóchitl 45-B. México 8, D. F.

# TRIGENYL

TRIHORMONA FEMENINA

ROUSSEL

- SUPRIME LAS MENOMETRORRAGIAS  
FUNCIONALES
- RETARDA LA SENILIDAD ORGANICA Y  
PSIQUICA
- FRENA LA ANTEHIPOFISIS



## GRUPO ROUSSEL, S. A.

Varsovia Nº 19

MEXICO, D. F.

"Literatura exclusiva para Médicos"

Reg. Nº 40752 S. S. A.

Prop. Nº A-1735/53 S. S. A.

# ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO  
1954-1956

Presidente:

DR. JOAQUIN CORREA  
CEDILLO

Vice-Presidente

DR. MIGUEL LAVALLE

Secretario:

DR. ENRIQUE PERA  
Y DE LA PERA

Tesorero:

DR. JOSE GARCIA  
NORIEGA

VOCALES:

1er.—Dr. Bernardo J. Gastelum.

2º — Dr. Adán Velarde Oaxaca.

3º — Dr. Dionisio Pérez Gonié.

4º — Dr. José Antonio Espeta V.

5º — Dr. Xavier Bomo Díaz.

## TELBARIDASE

(Polvo  
para solución inyectable)

Reg. No. 42094 S. S. A.

Prop. No. A-6288-54

F O R M U L A :

Cada frasco contiene:

Hialuronidase ... 150 U.T.  
(Unidades turbidez)

Cloruro de Sodio. 0.009 g.

Cada ampolleta contiene:

Sulfato de Atropina  
0.00025 g.

Agua bidestilada, c.b.p. 1 cm<sup>3</sup>

F O R M U L A :

Cada frasco contiene:

Hialuronidase ... 900 U. T.  
(Unidades turbidez)

Cloruro de Sodio 0.0009 g

Cada ampolleta contiene:

Sulfato de Atropina  
0.00025 g.

Agua bidestilada, c.b.p. 1 cm<sup>3</sup>

HECHO EN MEXICO

LABORATORIOS

**ALBAMEX, S. A.**

Querétaro, No. 28

MEXICO 7, D. F.



**esencial para  
los servicios  
médicos...**



- Como parte esencial del equipo médico las jeringas, agujas hipodérmicas y termómetros clínicos B-D ACE ocupan un sitio preferente en Hospitales, Clínicas y Consultorios por su reconocida calidad.
- Están amparados por el prestigio mundial Becton - Dickinson.
- Los doctores prefieren los Productos B-D ACE.

\* MARCAS  
REGISTRADAS

**HECHO EN MEXICO BAJO NORMAS DE CALIDAD** **B-D**

REPRESENTANTES Y  
CO-ASOCIADOS DE:

**B-D**

**BECTON, DICKINSON & CO.**  
RUTHERFORD, N.J., U.S.A.

**MAPAD, S.A. de C.V.**

DR. GARCIA DIEGO 170, APDO. POSTAL 2402, TEL. 21-95-60  
MEXICO 7, D. F.



# INTRACTO de CASTAÑO DE INDIAS 'P'

• La vitamina 'P'  
en su medio natural

## FLEBOCONSTRICTOR

HEMORROIDES, VARICES,  
FLEBITIS, MANIFESTACIONES  
DE FRAGILIDAD CAPILAR

HECHO EN MEXICO POR,

ESTABLECIMIENTOS MEXICANOS COLIHUE, S.A.

SEGUN FORMULA DE LOS LABORATORIOS **DAUSSE**

REC. No. 31937 S.S.A.

PROP. No. A-741/50 S.S.A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

PARA HIPNOSIS RAPIDA Y SOSTENIDA.

# CAPSULAS DE TUINAL

EN OBSTETRICIA . . .

CIRUGIA . . .

PSIQUIATRIA . . .

MEDICINA GENERAL

---

## FORMULA:

Combinación de partes iguales de 'Seconal Sódico' (Secobarbital Sódico Lilly), que es de acción rápida, y 'Amytal Sódico' (Amobarbital Sódico, Lilly)

Disponible en cápsulas de 0.1 y 0.2 g.

## DOSIS MEDIA:

Para Hipnosis benigna, 0.1 g.

---

**LILLY — CALIDAD — INVESTIGACION — INTEGRIDAD**

Reg. No. 39302 S. S. A.

Literatura Exclusiva para médicos.

Prop. No. A-6516-54 S. S. A.

***Eli Lilly* / PAN-AMERICAN CORPORATION**

**INDIANAPOLIS 6, INDIANA, E. U. A.**

# ACROMICINA

*Marca de Tetraciclina*

## Lederle

### UN NUEVO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO

ABSORCIÓN RÁPIDA  
MEJOR TOLERANCIA  
MAYOR ESTABILIDAD



ACROMICINA es un nuevo antibiótico de amplio espectro, desarrollado por la investigación de Lederle. Ha demostrado gran efectividad en su aplicación clínica, con la ventaja de su absorción y difusión rápidas y de gran estabilidad, por lo cual se producen niveles sanguíneos altos.

La ACROMICINA presenta amplia actividad antibiótica contra infecciones causadas por *Streptococcus* beta-hemolíticos, *E. coli* (incluyendo infecciones del tracto urinario), *alcalusca*, peritonitis, infección meningocócica, *estafilocócica*, *neumocócica* y *gonocócica*, *otitis*, *mandibulitis*, *bronquitis aguda*, *bronquiolitis*, *actinomicosis*, *ricettsias*, infecciones mixtas y algunas enfermedades causadas por virus de molécula grande.

La Acromicina puede obtenerse en cápsulas de 50 mg., (bancos de 25 y 100 cápsulas), 250 mg., (bancos de 8, 16 y 100 cápsulas), en polvo dispersivo con sabor a chocolate (Acromicina Sch.) conteniendo 50 mg. por cucharadita (bancos de 12 y 25 dosis) y en forma intravenosa (bancos de 100, 250 y 500 mg.).

Registros No. 4388, 4379 y 4382 U.S.A.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

*Cyanamid Inter-American Corp.*

49 West 44th, New York 36, N. Y.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS

LABORATORIOS LEDERLE, S. A.

*José María Ríos No. 428*

*México 12, D. F.*

Propr. No. A-B-PF-054-0125A.

OTRATINA EXCLUSIVA PARA MEXICO

# S U M A R I O

## ARTICULOS ORIGINALES:

CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO TARDIO DE LA RETRACCION O CONTRACTURA ISQUEMICA DE VOLKMANN.—Por el Académico Dr. <b>José Gaxiola Gándara</b> y COMENTARIO por el Académico Dr. <b>Jacinto Arturo Sánchez</b> .....	293
CANCERES OVARICOS.—Por el Académico Dr. <b>Conrado Zuckerman</b> y COMENTARIO por el Académico Dr. <b>Luis Carrillo Azcárate</b> .....	303
CORRECCION DE LAS ARRUGAS. PROCEDIMIENTO DE LA OREJA EN ISLA.—Por el Académico Dr. <b>Mario González Ulloa</b> y COMENTARIO por el Académico Dr. <b>Adán Velarde Oaxaca</b> .....	324
SINTESIS DE LITERATURA RECIENTE .....	342
SOCIALES.....	343

—:O:—

## CIRUGIA Y CIRUJANOS

CIRUG. Y CIRUJ.

PUBLICACION MENSUAL

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

Fundado en Junio de 1933.

Director:

**DR. BERNARDO J. GASTELUM**

Gerente

**M. LEON DIAZ**

Jefe de Redacción

**DR. DIONISIO PEREZ COSIO**

Registrado como Art. de 2ª clase en la Admón. de Correos el 6 de Abril de 1936.

Franquicia especial Oficio Núm. 60844 del 2 de octubre de 1937.

Toda correspondencia debe dirigirse al Apartado Postal número 7994 Facultad de Medicina, esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 8701. México, D. F.

### Precios en moneda mexicana:

	Ejemplar.	Abono anual.	Núms. atrasados.
En México .....	\$ 2.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el Extranjero .....	\$ 2.50	\$ 25.00	\$ 5.50

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugía de todo el mundo.

Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los respectivos autores.

# HEPA-DOCEVITAL

## “100”

### *Propiedades e Indicaciones:*

- Hematopoiético.
- Antineurítico.
- Anemias primitivas y secundarias de diversa etiología.

---

### *Presentación:*

Frasco-ampula de 5 y 10 cm<sup>3</sup>.

Cada cm<sup>3</sup>. de solución inyectable contiene:

Extracto de Hígado .....	10 U. A. P. E. U.
Vitamina B12 .....	100 microgramos.
Acido Fólico .....	5 mg.
Fenol al 0, 5%, c. b.....	

(Reg. No. 40545 S. S. A.).

**LABORATORIOS SILANES, S. A.**

AMORES, 1304

MEXICO 12, D. F.

(Reg. Prop. A 878/53, S.S.A.)





# Cirugía y Cirujanos

Órgano Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía

AÑO XXII

JULIO DE 1954

NUM. 7

## Consideraciones sobre el Tratamiento Tardío de la Retracción o Contractura Isquémica de Volkmann\*

Por el Académico Dr. José GAXIOLA GANDARA

Se denomina retracción isquémica de Volkmann a un conjunto de trastornos funcionales y deformidades del antebrazo y mano producidas por la retracción y degeneración fibrosa de los músculos del antebrazo, especialmente los de la cara anterior. Esta denominación se ha hecho extensiva a la retracción de los músculos intrínsecos de la mano, provocadas por causas similares.

El factor predominante de su producción, es la isquemia de los músculos del antebrazo consecutiva a una etiología variada.

La más frecuente es la aplicación de un yeso en toda la extensión del miembro superior o en alguno de sus segmentos, que entorpece por constricción, la circulación sanguínea. Por lo general, se trata de un vendaje enyesado que se aplica en el antebrazo y codo para inmovilizar una fractura de estos segmentos, en actitud de flexión del codo. El edema postraumático o inflamatorio más raras veces, desarrollado dentro de un cilindro rígido comprime los elementos anatómicos entre los cuales los músculos son los más frágiles y se provoca en ellos una gangrena parcial o total con sustitución de la fibra muscular por tejido fibroso en el período cicatrizal. Consecutivo a este proceso degenerativo, es la retracción. Esta puede ser en mayor o menor grado, puede comprender un número variable de músculos, de allí lo variado de las deformaciones y de los trastornos funcionales que deja.

\* Trabajo presentado en la sesión del 22 de junio de 1954.

Otra causa habitual es la fractura supracondilea del húmero, cuyo fragmento superior comprime hacia adelante, pelliscándola, la arteria humeral. Aquí se produce una isquemia que puede conducir a la retracción.

Las ligaduras en el brazo o en el antebrazo pueden también provocar, por el mismo mecanismo, la retracción.

Menos frecuentes, las lesiones de la arteria axilar o de la arteria humeral, tratadas por ligaduras o reparación deben también ser anotadas como causa.

Se han consignado casos de contractura isquémica por compresión del miembro superior, producidas por el mismo cuerpo en estado de inconciencia del individuo, anestesia, coma o estupor alcohólico.

Las infecciones profundas, subaponeuróticas del miembro superior pueden también originar este padecimiento.

Las lesiones causadas por compresión, dañan no solamente los músculos sino también y en forma definitiva los vasos y los nervios comprometiendo más aún el porvenir funcional del miembro afectado.

Después de la etapa inicial de gangrena muscular, sigue la de fibrosis, durante la cual se aprisionan los vasos y los nervios, produciéndose anestesia en guante de la mano, parálisis de los músculos intrínsecos de la mano y aún retracción de estos por isquemia.

El tratamiento inmediato debe ser dirigido al restablecimiento de una nutrición sanguínea adecuada. Se suprimirán las causas que han determinado el trastorno circulatorio arterial o venoso. Se hará la reducción correcta de una fractura. Se eliminará la compresión del yeso, quitándolo. Si ya se han iniciado las lesiones gangrenosas de los músculos, más frecuentemente de los de la cara anterior del antebrazo, ya que estos quedan aprisionados dentro de una caja osteo-aponeurótica, se deberá liberarlos incindiendo a todo lo largo la aponeurosis antebraquial así como los tabiques que forman las distintas celdas musculares. Bloqueo simpático ganglionar, inmovilización del antebrazo y de la mano en actitud funcional, etc. etc.

---

Al cabo de algunas semanas de evolución queda ya constituido el cuadro sintomático siguiente:

Adelgazamiento del antebrazo especialmente a expensas de su cara anterior con desaparición de los relieves musculares.

Rigidez del antebrazo en supinación, por retracción del supinador largo.

Flexión de la muñeca por retracción de los palmares.

Actitud del pulgar al lado del borde externo de la mano por parálisis de los músculos de la eminencia tenar.

Hiperextensión de la primera articulación de los cuatro dedos por parálisis de los interóseos y lombricales así como por predominio de los extensores.

Flexión de las dos últimas articulaciones de los cuatro dedos por retracción de los flexores.

Atrofia de los músculos de la eminencia hipotenar.

Trastornos tróficos de la piel y de las uñas.

Frecuentemente ausencia de pulso radial o muy disminuída su amplitud.

En resumen, se produce la mano en garra, con una nutrición sanguínea pobre, con trastornos tróficos y de la sensibilidad.

---

El tratamiento de estas secuelas graves y definitivas debe encaminarse a corregir las deformaciones y a establecer aunque sea, un moderado rendimiento funcional de la mano.

Cuando la destrucción muscular ha sido de poca cuantía, así como las deformaciones de la mano, debe instituirse un tratamiento conservador consistente en la recapitación y reeducación funcional de ésta. Para ello, se emplean férulas con dispositivos elásticos o de resortes, por medio de los cuales se ejercitan metódicamente todos los movimientos de la mano y de los dedos.

Cuando las lesiones han sido profundas e importantes, tiene que re-

cumine al tratamiento quirúrgico, que deberá caer sobre las articulaciones, los músculos, los tendones, vasos, y nervios.

Se deben liberar los músculos del compartimiento anterior para su expansión, abriendo la aponeurosis antebraquial en toda su extensión.

Desinserción de los músculos, del epicóndilo.

Elongación de los tendones flexores, en el antebrazo.

Sección ya sea de músculos o tendones.

Liberación de los vasos sanguíneos y de los nervios cuando haya compresión de ellos.

En casos de gran deformidad por flexión irreductible de la muñeca, con retracción de los flexores, está indicada la artrodesis en flexión dorsal de 20 grados con resección de una fila de huesos del carpo. Esta artrodesis tiene la ventaja de poder utilizar los extensores del carpo transferidos a los flexores de los dedos.

El supinador largo puede ser utilizado con el mismo propósito.

Las operaciones de las articulaciones de los dedos están indicadas cuando por la antigüedad de la contractura se producen rigideces o anquilosis. En este padecimiento, es frecuente que las articulaciones metacarpofalángicas de los cuatro dedos sufran de rigidez en hiperextensión, actitud habitual producida por la retracción, con acortamiento de los ligamentos laterales de la articulación. Cuando las superficies articulares están indemnes, la capsulectomía bilateral con extirpación, únicamente de los ligamentos laterales, da magníficos resultados funcionales. Cuando la alteración articular llega a la anquilosis en estas articulaciones es preferible hacer artroplastia. En el caso de actitudes defectuosas de las dos últimas articulaciones de los dedos, deben corregirse éstas por medio de artrodesis— en posición funcional. En éstas articulaciones no debe hacerse artroplastia ni capsulectomía que dejan una articulación "suelta", sin control.

El tratamiento tardío de la contractura isquémica de los músculos intrínsecos de la mano debe ser fundamentalmente quirúrgico. Siendo las deformaciones y los trastornos funcionales, consecuencia de la retracción de los músculos intrínsecos, se deberán seccionar o desinsertar éstos y así: los músculos de la eminencia tenar deberán ser seccionados cerca de las inserciones superointernas, así como la aponeurosis que los cubre.

En esta forma se consigue separar el primer metacarpiano del segundo y tercero, hacia los cuales ha sido llevado por la retracción.

Para corregir la flexión permanente de la primera articulación de los dedos, consecutiva a la retracción de los interóseos y lombricales, se desinsertarán éstos músculos de los metacarpianos por medio de una desnudación subperióstica.

---

Todos estos procedimientos o recursos quirúrgicos utilizados para el tratamiento de las secuelas de la retracción isquémica de Volkmann del antebrazo y de la mano, formarán parte de una o varias etapas en el curso, a veces, de muchos meses de lucha.

La reeducación y restitución funcionales será, en muchas ocasiones, producto del ingenio y la inventiva del cirujano ortopedista, quien en cada caso particular, aplicará su sabiduría para lograr la recuperación parcial o total de ese instrumento de la inteligencia, que es la mano.

## COMENTARIO

*Por el Académico Dr. Jacinto ARTURO SANCHEZ*

Agradezco cumplidamente a la Directiva de la H. Academia Mexicana de Cirugía, el honor que me ha dispensado al nombrarme comentarista del interesante trabajo del Académico Dr. D. José Gaxiola Gándara.

Se trata de un asunto de la más grande importancia dentro del capítulo de los traumatismos del miembro superior. A pesar de que el autor lo desarrolla de manera muy breve, toca sin embargo todos los puntos del tema. Hace mención de la etiología tan variada, como él dice, de este padecimiento; describe las formas clínicas y se detiene especialmente en el tratamiento quirúrgico de las deformaciones tardías e irreductibles de los dedos de la mano. No menciona casos clínicos en el texto de su trabajo, lo que hubiera sido conveniente para ilustrar sus puntos de vista. Sin embargo debo reconocer que aborda uno de los problemas más difíciles del tratamiento del Síndrome de Volkmann o sea,

el que se refiere a la restitución funcional de la mano con dedos rígidos y articulaciones anquilosadas. Por estas razones me permito felicitar al Sr. Dr. Gaxiola Gándara muy cordialmente.

Por otra parte, en virtud de la importancia del tema, juzgo necesario hacer algunas consideraciones con el objeto de aclarar y ampliar conceptos fundamentales, relativos a la clínica, a la fisiopatología y a la terapéutica de este padecimiento.

En 1872 Richard Von Volkmann describió un síndrome caracterizado por deformidad de los dedos de la mano, deformidad de la muñeca, antebrazo y codo, producido por acortamiento de los músculos flexores y pronadores del antebrazo.

Este síndrome se manifiesta clínicamente por los siguientes fenómenos: codo en flexión que se puede corregir, muñeca flexionada en ángulo recto, dedos retraídos en garra con la primera falange en extensión y las otras dos en flexión forzada, pulgar indemne o en abducción con segunda falange en flexión, Rigidez de los músculos por lo que es imposible colocar el antebrazo en supinación y extender la muñeca o los dedos. Exagerada la flexión de la muñeca, los dedos pueden extenderse lo que significa que las articulaciones no están anquilosadas. Sólo son posibles los movimientos que tienden a exagerar la deformación. Fenómenos tróficos y de sensibilidad acompañan a este cuadro clínico.

Volkman, diferenció este síndrome postraumático, de las parálisis por lesión de los nervios radial, mediano y cubital, con las que se le había confundido. Dió importancia capital a la isquemia, explicando que la falta de oxígeno en los músculos, era la causa de la contractura muscular permanente. Lo designó al principio con el nombre de "parálisis isquémica".

Antes de Volkmann, en el siglo XVII, Stencen había observado que la ligadura de la aorta abdominal en los animales, producía una parálisis del tren posterior, que desaparecía sin consecuencias si la ligadura era de corta duración; pero si se prolongaba, aparecía una retracción muscular permanente. Las experiencias de Stencen, fueron repetidas después por otros fisiólogos entre ellos por Brown Sequard, con idénticos resultados.

A Stromeyer, Larrey y Friedberg, se deben las primeras observaciones clínicas. Friedberg describió con el nombre de "Miopatía Marasmo-



des", estado anormal de los músculos cuya nutrición estaba alterada por compresión.

Tanton, en los últimos años, ha llamado a este síndrome "retracción isquémica" con toda justicia, puesto que en él no existen ni contractura ni parálisis demostrables.

Como dice el Dr. Gaxiola en su trabajo, la etiología del síndrome de Volkmann es muy variada. Sin embargo, cabe mencionar detalladamente las causas, porque de ellas deriva en gran parte la acción terapéutica. Este síndrome es propio de la infancia, excepcionalmente aparece en el adulto, localizado en el miembro superior, raras veces en el inferior; cualquier traumatismo en la proximidad del codo puede determinararlo; ocupa primer lugar la fractura supracondílea, a tal grado que Bohler, afirma que este síndrome es raro en el adulto porque la supracondílea por hiperextensión, es fractura casi exclusiva de la infancia. En un segundo término se citan otros traumatismos; las fracturas de los huesos del antebrazo, las luxaciones del codo, en las que el síndrome es poco frecuente porque aquí son menos graves las lesiones de las partes blandas y no se usan vendajes de yeso ni inmovilización prolongada. Traumatismos sin lesión ósea, como el caso de Schloffer con herida de la arteria axilar por bala, el caso de Wallis por venda de Smarch y dos casos estudiados en la clínica quirúrgica a mi cargo en el Hospital Juárez, uno, por herida de la arteria interósea con gran hematoma y otro, por herida de la humeral en el pliegue del codo con ligadura inmediata. Se citan por último, traumatismos banales como quemaduras, congelaciones, compresiones, contusiones y heridas de las partes blandas.

Es necesario detenerse en el punto relativo a la fractura supracondílea, por ser esta lesión la que más frecuentemente se complica de síndrome de Volkmann. En esta fractura, los vasos y los nervios cabalgan sobre el fragmento superior cortado a bisel cuya parte interna está afilada como la hoja de un cuchillo. En estas circunstancias la circulación arterial venosa y linfática son difíciles, se establece por lo tanto isquemia, éxtasis venosa y linfática y consecutivamente edema. El edema creciente comprime cada vez más los vasos y los nervios; aparecen cianosis y flictenas, el pulso radial al principio perceptible, ahora ha desaparecido.

El cuadro clínico que deriva de estos fenómenos, no aparece solapadamente —dice Bohler— sino por el contrario con dolores violentos; antebrazo, mano y dedos hinchados y estos últimos lividos, rígidos e insen-

sibles. Si no se suprime rápidamente esta tensión, los músculos se necrosan, más tarde se ponen duros y los dedos se colocan en flexión. Abandonado a sí mismo el paciente, en algunos días desaparecen la tensión y los dolores; pero la contractura persiste.

Generalmente se atribuye al vendaje enyesado, la aparición del síndrome del Volkmann. En realidad se trata de mala coaptación de los fragmentos o de reducción defectuosa con aparato enyesado en supinación y flexión forzada del antebrazo. Se comprende que en estas condiciones los vasos más comprimidos aun por los fragmentos se acompañan de más rápida isquemia y éxtasis venosa y linfática; el aparato de yeso por constricción excéntrica contribuye al desarrollo rápido de los fenómenos tróficos; pero el vendaje de yeso no es en modo alguno la causa primitiva de la afección.

Frente a la verdadera enfermedad de Volkmann, que siempre y primitivamente es muscular, con esclerosis de las fibras, fibrosis de los tejidos vecinos, compresión y degeneración de los vasos y de los nervios, existen deformaciones en garra que han sido asimiladas a la enfermedad de Volkmann, causadas por lesiones de las partes blandas y caracterizadas por tensión y contractura que no es definitiva. Jaboulay, describió estas actitudes temporales con el nombre de "retracturas". Estas retracturas serían para algunos autores los casos que curan espontáneamente o que se resuelven en forma espectacular por la simpaticectomía.

La patogenia de este síndrome es sumamente compleja, concurren a su desarrollo múltiples mecanismos; así se habla de teoría isquémica, teoría nerviosa y teoría simpática. Cada caso requiere una explicación particular. No es lógico por lo tanto afiliarse a una sola teoría. Sin embargo nosotros pensamos que la causa isquémica es predominante. En apoyo de este punto de vista se pueden citar los siguientes hechos: Anatómicamente este síndrome es selectivo de los flexores del antebrazo en virtud de su red arterial deficiente. Lenormand y otros en 1894, al inyectar una substancia colorante en la arteria axilar previa ligadura baja de la humeral, observaron que el colorante llenaba las arterias de los extensores pero no de los flexores; Fruchaud en 1925 repitiendo esta experiencia llegó a las siguientes conclusiones: ninguna arteria de los flexores es gruesa, algunas son insignificantes, en tanto que las de los extensores son generalmente de calibre apreciable. Clínicamente se observa que el síndrome sobreviene por compresión que produce isquemia y éxtasis,

consecuentemente se producen lesiones musculares y finalmente retracción. Histológicamente Tanton distingue dos períodos; uno de miositis inflamatoria inicial acompañada de rigidez muscular de duración variable; un segundo período en el que desaparecen los fenómenos inflamatorios y se establece la esclerosis muscular total seguida de retracción. En 1924 Berard y Policard puntualizaron claramente que el síndrome de Volkmann no es una miositis esclerosa, sino una necrosis aséptica de la fibra muscular con esclerosis consecutiva; por lo tanto su mejor designación sería "mioesclerosis isquémica post-traumática".

El tratamiento estará fundado en las lesiones anatómicas, en los trastornos funcionales y en la forma clínica.

Desde luego lo primero que debe intentarse es prevenir la aparición de esta grave complicación. Para ello se aconseja lo siguiente:

- 1.—En los casos de fractura supracondílea, reducción exacta de los fragmentos para librar de la compresión a los vasos y a los nervios; después colocar aparato de yeso abierto con brazo elevado. Queda al criterio del cirujano ortopedista proceder o no a la intervención quirúrgica apropiada.
- 2.—Si hay hematoma creciente, incíndase la aponeurosis ampliamente. Si además hay fractura, la retracción de Volkmann se producirá si no se ha hecho una buena reducción previa.

En los casos avanzados, complicados de fibrosis extensa, de anquilosis de la muñeca o de los dedos, el problema es sumamente difícil. En esto, estoy completamente de acuerdo con el Dr. Gaxiola. Muchas operaciones, y muchos meses de lucha son necesarios en ocasiones, para lograr la restitución funcional de la mano. Y aquí opino como él, que el ingenio y la experiencia del cirujano son factores muy importantes en la resolución de estos intrincados problemas.

Sin embargo, habrá casos más benignos en los que la acción quirúrgica dé resultados muy satisfactorios. Solamente para enfatizar los hechos, haré recapitulación sobre lo que tan concretamente menciona el Dr. Gaxiola en su trabajo. Habrá casos, en los que las articulaciones estén completamente libres; en esos, el acortamiento de los huesos del antebrazo resuelve la situación eficazmente. En otros estará indicada

la extirpación de la primera fila del carpo. En los que sea necesario, se intentará el alargamiento de los tendones. Y en los más complicados, se intentarán operaciones plásticas sobre la muñeca y los dedos. En fin, no quiero pasar por alto el procedimiento clásico tan elogiado por Bohler y otros autores; me refiero al "método de tracción continua" con el torniquete de Monsen, que da en gran número de casos excelentes resultados por sí sólo.

Para terminar, reitero al Sr. Dr. Gaxiola mi felicitación por su interesante trabajo; a la Directiva de la Academia nuevamente las gracias por haberme dado la oportunidad de comentar este tema y a los señores Académicos, las gracias también por su atención.

—O—

# CANCERES OVARICOS

## HECHOS ANATOMO-CLINICOS \*

Por el Académico Dr. Conrado ZUCKERMANN

### PRELIMINAR

Aproximadamente de cada 100 cánceres femeninos, 4 son ováricos.

Aproximadamente de cada 100 cánceres del aparato genital pélvico femenino, 15 son ováricos.

A pesar de que su frecuencia no es dominante en relación con otras neoplasias malignas, su importancia es grande y la necesidad de apreciar su existencia es indispensable, porque actualmente su conocimiento clínico con frecuencia es tardío y ello conduce a incurabilidad.

Por lo antes señalado y por las dificultades terapéuticas que entraña, consideramos que sigue en malignidad a los cánceres melánicos y coriales.

Los cánceres ováricos son problema cancerológico-ginecológico de indudable valor y el objeto de este trabajo es relatar nuestra experiencia al respecto, procurando señalar aquellos medios que actualmente parecen ayudar a obtener diagnóstico a tiempo, cuando todavía es factible ejecutar una terapéutica con finalidad curativa.

Con justicia WAY (43) ha dicho que el problema de los cánceres ováricos es importante, intrincado y depresivo; importante por ser en frecuencia el segundo del aparato genital-pélvico (el primero es el uterino), intrincado por lo difícil y discutible de su histopatología y depresivo porque la terapéutica en ellos da —actualmente— poco resultado.

---

\* Trabajo leído en la sesión del 29 de junio de 1954.

LYNCH (20) señala lo elevado del porcentaje de error en el diagnóstico preoperatorio de las neoplasias ováricas y sobre todo en apreciar su naturaleza cancerosa.

DEL REGATO y ACKERMAN (30) anotan que más de la mitad son inoperables cuando se ven por primera vez.

FONSECA y ORDONEZ (12) señalan lo tardío del diagnóstico, lo grave del pronóstico y lo poco que puede hacerse generalmente.

GOLUB (15) señala que de 75 pacientes que consultaron —al parecer sin retardo— por carcinoma ovárico, 41 ya eran inoperables; lo anterior muestra lo incipiente y traidor de este blastoma.

### OBSERVACIONES

En 12 años, de 1941 a 1953, hemos observado 711 tumores ováricos, de los cuales 293 eran verdaderas neoplasias ováricas, los otros 418 se refieren a neoformaciones quísticas simples, retencionales, inflamatorias o endometriósicas.

De las 293 neoplasias ováricas, 51 fueron cánceres y de ellas 46 correspondieron a blastomas primitivos y 5 a secundarios.

De los 5 secundarios, 1 derivaba de blastoma gástrico, 1 de cáncer sigmoides y 1 de blastoma del endometrio y 2 de cánceres del cervix uterino.

Es de señalarse que todas las neoplasias ováricas extirpadas fueron examinadas histológicamente y que la multiplicidad de los cortes y la diversidad de los sitios examinados, permitió en tres de las observaciones identificar cancerización en tumores que por su aspecto parecían benignos.

Dejamos fuera de la estadística un caso de probable cáncer ovárico secundario a cáncer mamario, porque aunque clínicamente el diagnóstico fué ese, faltó la comprobación histológica al no lograr biopsia. Separamos también dos observaciones de tumores epitelio-conjuntivos de Brenner porque histológica y clínicamente consideramos nuestros casos como benignos (48). Igualmente no tomamos en cuenta un caso de cáncer corial posterior a histerectomía subtotal en que se conservaron ambos ovarios, porque aunque la localización correspondía al sitio ovárico, pensamos que se trató más bien de reproducciones de corioblastoma uterino (53).

De los 51 cánceres ováricos, 31 eran fundamentalmente sólidos y 18 principalmente quísticos. Tres eran funcionantes, correspondían a neo-



plasia de la granulosa y eran sólidos. Los 5 cánceres secundarios eran sólidos.

De los 18 cánceres quísticos, 11 correspondían al tipo seroso y 7 al tipo mucoide. A este respecto es de señalar que en algunas de las neoformaciones, nos pareció al Dr. BENITEZ SOTO y a nosotros, que existían en el mismo tumor zonas que podrían corresponder a los dos categorías epiteliales serosa y mucoide, pero se consideró el tipo dominante como el que señalaba la categoría neoplásica.

Es de señalarse que observamos otros tumores funcionantes además de los tres cánceres de la granulosa ya considerados, pero que no los anotamos ahora porque su comportamiento ha sido benigno y su aspecto histológico a ello correspondía. Nos referimos a tres observaciones más de tumores de la granulosa, a 2 de la teca y a uno de tipo arrhenoma.

De los 25 cánceres sólidos primitivos y no funcionantes, uno fué fundamentalmente un disgerminoblastoma, uno embrioblastoma y 22 tumores de aspecto epitelial, de los cuales 18 eran glanduliformes, 1 pavimentoso y 3 en disposición muy irregular.

Debemos señalar que de dos observaciones de neoplasias disgerminales, una fué de marcada benignidad, tratándose de tumor pequeño, bien encapsulado, en persona joven, descubierto en laparatomía ginecológica; a pesar de haber hecho sólo anexiectomy unilateral la enferma vive sana 9 años después de la intervención; en cambio la otra observación —considerada en este trabajo— se refiere a disgerminoblastoma de muy elevada malignidad, en persona de 50 años; el tumor era grande, parcialmente encapsulado, con metástasis a los ganglios linfáticos ilíacos (50); falleció un año después con marcadas generalizaciones de su blastoma.

Según la edad de las pacientes se agrupan así:

2 cánceres en personas entre 20 a 29 años.

5 cánceres en personas entre 30 a 39 años.

8 cánceres en personas entre 40 a 49 años.

16 cánceres en personas entre 50 a 59 años.

14 cánceres en personas entre 60 a 69 años.

1 cáncer en persona entre 70 y 79 años.

#### 46 cánceres ováricos primitivos.

De los 46 cánceres ováricos primitivos 30 fueron en personas entre los 50 y los 69 años. Dato interesante es el referente a que 34 acontecieron en la postmenopausia y 12 en plena vida genital.

Dos casos correspondieron a la eventualidad muy importante de cáncer en ovarios restantes; en ambos se pensó en su existencia, gracias a tener el antecedente de conservación de ovarios cuando les habían hecho histerectomía subtotal; en uno de los casos el diagnóstico anterior al nuestro era de blastoma recto-sigmoideo y en el otro de quiste residual ovárico.

De los 46 blastomas ováricos primitivos, 44 fueron tratados por laparotomía suprapúbica y en ella se realizó en:

28 extirpación al parecer completa, 12 extirpación seguramente incompleta, y en 4 biopsia.

Además, en dos casos el diagnóstico histológico se hizo por biopsia, en uno de ganglio axilar derecho y en otro de ganglio inguinal izquierdo.

En cuatro de los casos en que se realizó extirpación al parecer completa, en dos se reseco porción de intestino delgado, en uno del sigmoideas y en uno de la vejiga, por observarse en esas vísceras gran implantación blastomatosa ovárica.

Las dos enfermas no laparotomizadas (solo biopsia ganglionar) recibieron roentgenterapia; igualmente la recibieron quince después de la intervención quirúrgica y otras seis al descubrirse reproducciones meses o años después de la extirpación tumoral.

Presentaron ascitis, 13 de las observadas; siendo en 5 serosa, en 7 sero-hemorrágica, y en 1 francamente hemorrágica.

En este último caso considerado como muy grave, el aspecto al abrir la cavidad fué de gran hemoperitoneo, igual al propio del embarazo ectópico roto; es de señalarse que la enferma no presentaba cuadro de anemia aguda y que murió diez días después de la intervención quirúrgica.

De las 46 personas con cáncer ovárico primitivo, sabemos del fallecimiento de 22, lo que da un porcentaje de mortalidad global de cerca

de 50 por ciento. Desconocemos la evolución alejada de ocho pacientes y sabemos de la sobrevivida de 16.

Se considera que de las 46 enfermas de cánceres ováricos primitivos, 28 fueron operadas en momento aparentemente oportuno, es decir, permitiendo extirpación al parecer completa, habiendo presentado, sin embargo, reproducción post-operatoria 9 de ellas.

De las 28 operadas al parecer oportunamente viven 15. De las 18 vistas tardíamente solo vive una; en esta persona que goza de salud se efectuó parcial extirpación y roentgenterapia posterior.

### DIAGNOSTICO

Refiriéndonos a los casos de cáncer ovárico primitivo y en relación con los 46 de nuestra estadística, apreciamos que clínicamente antes de intervenir (operación quirúrgica o biopsia) se pensó en cáncer ovárico en 17, sólo se afirmó neoplasia ovárica en 23, tumor pélvico-abdominal sin mayor precisión en 4 y que en 2 se trató de hallazgo operatorio.

Es de recordarse que contamos además con dos casos de error diagnóstico, por exceso podríamos decir; en una persona de 43 años, se pensó en cáncer ovárico y operatoria e histológicamente se afirmó endometriosis pélvica; en otra de 61 años se operó con la idea diagnóstica de blastoma ovárico y el examen histológico de la biopsia y de la evolución afirmaron tuberculosis (pseudoneoplásica) génito-pélvica y abdominal; ambas operadas gozan de salud.

Los síntomas y exámenes que condujeron al diagnóstico de cáncer ovárico fueron varios, pero indudablemente que el principal fué el palparse a un lado o a ambos lados de la matriz tumor de consistencia dura o blanda, fijo o móvil. Con este dato se acoplaron todos los demás y fué el conjunto de ellos lo que permitió pensar, inferir, en la existencia de blastoma ovárico.

Las enfermas consultaron por muy diversas manifestaciones, anotándose como las más frecuentes; malestar abdominal, sobre todo infraumbilical; dolores suprapúbicos laterales vagos, no intensos; esterilidad de años, después de haber tenido uno o más hijos; trastornos digestivos variables (constipación, diarrea, cólicos; etc); modificaciones menstruales de tipo diverso, amenorrea, hipooligomenorrea, hiperglurimenorrea, etc.; hemorragia uterina. Como datos tardíos tenemos; dolores abdómino-pél-

vicos intensos; ascitis; masas palpables abdominales; crecimiento de ganglios, duros y libres, en ingles, axilas, cuello, etc.; derrame pleural; enflequecimiento.

Dada la gran importancia de la exploración abdominopélvica, cuando se supone que existe tumor ovárico (canceroso o no canceroso), la palpación combinada vagino-abdominal y por recto y abdomen debe ser hecha en las mejores condiciones posibles, es decir; intestino y vejiga vacíos (sondeo) y posición de Trendelenburg.

Se comprende que una vez afirmada la existencia de tumoración probablemente ovárica, el pensar en cáncer es sólo una inferencia clínica por probar y que es el examen histológico de lo extirpado lo que permite hacer la afirmación.

En caso de existir ascitis, el examen del líquido peritoneal identificando sangre y, sobre todo, el hallazgo de células cancerosas, puede contribuir al diagnóstico y así lo observamos en tres casos.

MONTGOMERY (25), WHELOCK, FENNELL y MEIGS (45) y LICHINGER (19) señalan que trastornos digestivos diversos pueden ser manifestación de la existencia de cáncer ovárico.

LYNCH (17) anota como síntomas propios de este blastoma por orden de frecuencia: dolor abdominal, tumor, hemorragia vaginal y trastornos gastrointestinales.

UMIKER y SKEEN (42) recuerdan que FRENCH describió la existencia de células malignas en extendido vaginal de persona con cáncer ovárico; relatan a su vez un caso similar en paciente con blastoma epitelial glanduliforme papilar, no existiendo metástasis a trompa o a endometrio.

La mayoría de los autores (9, 19, 24, 25, 29, 30, 49 y 51) afirman que el diagnóstico de cáncer ovárico es casi siempre tardío y en algunos casos hallazgo operatorio (23, 49).

A veces pueden ser tan escasos los síntomas que sólo se aprecia su existencia cuando se descubren sus metástasis. SIMON (35) relata un caso de cáncer epitelial ovárico cuya existencia se averiguó cuando se identificó blastoma pleuro-pulmonar metastásico.

En el caso particular de los cánceres ováricos funcionantes (con actividad hormonal) a veces el diagnóstico no es tan tardío a favor de las manifestaciones endocrinas que llevan a investigar la existencia de neoplasia en el ovario.

## CONDUCTA

Afirmamos que el mejor medio para apreciar y poder tratar debida y oportunamente el cáncer ovárico, es efectuar *examen ginecológico periódico*, en salud o al menor síntoma. Esta práctica es sobre todo apropiada en personas de más de 35 años, haciéndola por lo menos una vez al año. Además, cuando se afirma la existencia de *tumor anexial*, evidente, persistente, a pesar de que cause pocos síntomas, lo indicado es hacer laparotomía inmediata.

Ya en la *mesa de operaciones* los tumores ováricos deben ser cuidadosamente examinados y diferenciar en lo posible los quistes por retención, los tumores no neoplásicos, de las verdaderas neoplasias ováricas que siempre deberán ser extirpadas en su totalidad, haciéndose o no histerectomía según el conjunto de datos.

Tumor quístico, libre, bien limitado (cápsula intacta), generalmente no es canceroso y sólo amerita su enucleación o cuando más el sacrificio del ovario respectivo.

Tumor quístico adherente, no bien limitado, papilomatoso externo (con vegetaciones hacia el peritoneo), con o sin ascitis, debe ser considerado como maligno o potencialmente maligno y se recomienda que de acuerdo con los demás datos (estado del otro ovario, abriéndolo en caso de duda), edad de la enferma, etc., se proceda a la menor o mejor a la mayor extirpación: anexiectomía bilateral con histerectomía total.

Iguales consideraciones son válidas en presencia de neoplasias sólidas y en caso de no existir límites precisos (cápsula limitante no íntegra), lo indicado es pensar que se trata casi seguramente de cáncer y actuar haciendo muy amplia histerectomía, a veces precedida o seguida de linfadenectomía pélvica, esto sobre todo si se palpan los ganglios linfáticos duros y crecidos o se cree estar en presencia de disgerminoblastoma que es cáncer ovárico de propagación predominantemente linfática.

Tumores sólidos o sólidos y quísticos simultáneamente, irregulares, papilares (vegetantes) en su superficie, adherentes o libres, pero sin cápsula limitante, bilaterales (de ambos ovarios), casi siempre se consideran como cancerosos.

Lo indicado en caso de tumor sólido o quístico que se aprecia como canceroso es hacer anexiectomía doble e histerectomía total. Sólo así se



pueden eliminar posibles propagaciones o lesiones asociadas al blastoma ovárico.

Un hecho sobre el que debemos llamar la atención es que indudablemente lo apropiado al operar, es quitar todo lo macroscópicamente afectado y aún más, y que cistectomías (parciales o totales), enterectomías, colectomías, extirpaciones de recto-sigmoides y sobre todo del *gran epiplón*, están bien indicadas en esta cirugía de tendencia radical; pero que también se podrán quitar en algunos casos las grandes masas tumorales aunque queden pequeñas y aún diseminadas siembras peritoneales; en varios casos esta conducta ha sido obligada y la evolución post-operatoria la ha justificado y las enfermas mediante esta extirpación incompleta, seguida de roentgenterapia, punciones abdominales, etc., han vivido con pocas o tolerables molestias por años, en un caso hasta cinco años.

Todo lo extirpado deberá ser siempre estudiado al microscopio y los datos que se obtengan son casi siempre de real valor para pronóstico y terapéutica posterior (rayos X, etc.)

A propósito de estos datos es de señalarse que como excepción puede observarse recurrencia de neoplasias histológicamente benignas y no reproducción de neoplasias histológicamente malignas, indicando que la imagen microscópica no siempre es concluyente y que pueden existir errores de apreciación.

Cuando en la intervención quirúrgica se pudo hacer completa la extirpación tumoral, aunque el examen histológico muestre cáncer, habitualmente no recomendamos roentgenterapia, salvo si se trata de disgerminoblastoma, si pensamos que propagaciones pélvico-abdominales hubieran quedado ocultas y en ocasiones cuando el examen histológico muestra blastoma de muy elevada malignidad.

*En síntesis.*—Abierta la cavidad peritoneal y afirmándose la muy probable existencia de cáncer ovárico las posibilidades quirúrgicas son tres: que sea inextirpable, parcialmente extirpable y totalmente extirpable.

A su vez los procedimientos que pueden realizarse son: extirpación de un solo anexo, extirpación de ambos anexos, anexohisterectomía subtotal, anexohisterectomía total.



Además, extirpación del gran epiplón y lo referente a resecciones parciales de vejiga (puede ser cistectomía total), recto, sigmoides, yeyuno ileon, etc. En lo referente a roentgenterapia, la utilizamos con frecuencia postoperatoriamente, sobre todo en caso de extirpación no completa, de disgerminoblastoma y de cánceres de muy elevada malignidad.

STORAASLI, BONTE, KING y FRIEDEL (38) han dado a conocer su experiencia, indudablemente paliativa, en el uso de oro coloidal radioactivo en el tratamiento de los cánceres peritoneales con múltiples, pequeñas o medianas siembras, de origen ovárico o de otra causa.

SIMON, ABRAMS, KHILNANI, MARGOLIN, GURMAN, ELIASOPH y MAYER (36) han publicado resultados similares en propagaciones cancerosas peritoneales y pleurales.

Nosotros (47) señalamos hace años que la existencia de vegetaciones en la serosa peritoneal, parietal o visceral no contraindican la extirpación, salvo propagaciones grandes y múltiples. Además, agregamos que cuando se observen tumores ováricos, no vegetantes, sobre todo bilaterales, deberán explorarse otras vísceras: matriz, trompas, sigmoides, colon, estómago, vesícula biliar, etc., pues con alguna frecuencia pueden tratarse de metástasis ováricas de cánceres de otra localización. Al final indicamos que las neoplasias ováricas por su multiplicidad histológica, por su variable aspecto clínico, por su tratamiento quirúrgico con indicación táctica y técnica durante la laparotomía, constituyen problema muy importante para el ginecólogo.

RUIZ (32) afirma que cuando técnicamente sea posible debe efectuarse anexohisterectomía total complementada con extirpación del epiplón (pues comunmente es asiento de metástasis); recuerda que se hace histerectomía para descartar probables embolias linfáticas en el útero y porque en estas pacientes no tiene objeto dejar el órgano. Igualmente considera que los cánceres ováricos son radio-resistentes y por ello es de gran importancia la terapéutica quirúrgica.

STERNBERG (37) anota que la operación —laparotomía— conviene efectuarla aún cuando exista ascitis y parezca tardía la intervención.

TE LINDE (41) indica que debe hacerse extirpación parcial, cuando la total sea imposible; que no se debe irradiar si la extirpación fué completa y que en caso contrario se prescribe aplicar Rayos X.

AHUMADA, SALABER y AHUMADA Jorge (1) afirman que la operación tiene por objeto: confirmar o aclarar el diagnóstico, procurar extirpar el tumor total o parcialmente y en este último caso facilitar con ello la acción de las radiaciones.

TAYLOR y GREELEY (39) anotan proporción de 15% de curaciones de cinco años de cánceres ováricos tratados y anotan que los dos factores que señalan el pronóstico son, primeramente los hallazgos operatorios y después lo referente a los datos histológicos.

MUNNELL y el mismo TAYLOR (26) anotan años después de la operación sobrevida de cinco años en una proporción de 30% mediante tratamiento quirúrgico seguido en los cánceres muy malignos y extendidos por roentgenterapia.

### ALGUNAS CONSIDERACIONES

En la apreciación de las diversas categorías de cánceres ováricos y en su denominación, no empleamos el término "carcinoma" dado el diverso concepto que merece de los autores y el que su terminación *oma* no indica carácter maligno (52). Nos parece inapropiado utilizar el nombre "carcinoma" para englobar, como algunos lo efectúan (14, 43), los cánceres ováricos, epiteliales, conjuntivos, embrionarios, de células características de dicho órgano, etc.

Tampoco vemos la necesidad de utilizar los nombres de "medular", "simple", "escirro", "alveolar", "plexiforme" que otros emplean (28) para algunas de sus variedades.

En lo que respecta a su grado de *malignidad histológica*, de acuerdo con BENITEZ SOTO, tomamos muy en cuenta el conjunto de los datos celulares y tisulares, aceptamos cuatro grados crecientes, no empleando la división en tres señalada por otros (28).

Con respecto a su *clasificación en etapas*, estadios o períodos nos parece apropiado hacerlo en forma parecida a la que emplea WAY (43):

Etapas 1: cáncer de un solo ovario;

Etapas 2: cáncer de ambos ovarios y en zonas cercanas, extirpable;

Etapas 3: cáncer pélvico-abdominal ovárico, sólo extirpable parcialmente;

Etapas 4: cáncer ovárico-abdominal con metástasis alejadas.

Muy raramente utilizamos el *examen histológico en la mesa de operaciones* en casos de neoplasias ováricas, tomando en cuenta lo difícil de la interpretación microscópica —que requiere tiempo, a veces largo— y lo necesario de multiplicar los cortes histológicos. Preferimos seguir conducta guiada por los datos operatorios y luego completar, en caso necesario, la terapéutica por roentgenterapia de acuerdo con el examen final de la pieza operatoria.

A propósito de la *malignidad de las neoplasias ováricas* y de la diferenciación entre los tumores benignos y los cánceres en este órgano,

conviene volver a insistir en las dificultades clínicas, operatorias y aún histológicas para establecer separaciones y para afirmar en algunos casos que se trata verdaderamente de blastoma (cáncer).

También debemos recordar que es muy posible que en los cánceres ováricos, existe en muchos de ellos, el precedente, el antecedente de neoplasia benigna, que después se cancerizó.

Las dificultades para diferenciar los procesos neoplásicos ováricos benignos de los malignos están señaladas por muchos autores. (1, 2, 5, 7, 9, 14, 23, 25, 28, 30, 40, 43, 47, 48).

BEDOYA (2) señala que la mayoría de los autores cree que lo frecuente no es el cáncer ovárico desde su principio, sino la transformación maligna de un tumor primeramente benigno.

CONILL MONTOBBIO (7) indica que es verosímil como afirma SCHILLER, que muchos de los cánceres ováricos comienzan siendo benignos y posteriormente se vuelven malignos.

RANDALL y HALL (29) señalan la existencia de casos "límites", "en la frontera", entre las neoplasias benignas y las malignas, en el ovario.

TAYLOR (40), WHARTON (44), WOODRUFF y NOVAK (46) y otros indican que entre las benignas y las malignas están las potencialmente malignas.

BOTELLA LLUSIA (5) señala claramente que además de los cánceres ováricos propiamente primitivos, existen otros consecutivos a la transformación maligna de los cistoadenomas, neoplasias de la granulosa, arrenomas, hipernefromas y teratomas.

En relación con el problema de la malignidad, RANDALL y HALL (29) aprecian que en conjunto y proporcionalmente, los cánceres ováricos son más mortíferos que los cánceres del cérvix y del endometrio.

Refiriéndonos especialmente a las neoplasias de la granulosa, nosotros observamos en seis casos, que tres fueron malignos (51).

MENDIOLA (24) los considera de elevada malignidad histológica y recuerda que DOCKERTY y Mc. CARTY señalan hasta el 9% de malignidad clínica en estas neoplasias y NOVAK sólo el 28%.

ROGERS (31) anota malignidad en la tercera parte de los tumores de la granulosa.

BURSLEM, LANGLEY y WOODCOK (6) encuentran entre 25 tumores de la granulosa que 7 eran evidentemente cancerosos; las 14 neoplasias restantes que observaron fueron benignas.

FERNANDEZ RUIZ Y VEGA (11) piensan que los tumores de la granulosa son en su inmensa mayoría potencialmente malignos.

HARRIS (17) relata interesante caso de cáncer de la granulosa muy anaplásico, en cuyas metástasis al intestino delgado la imagen folicular era bien marcada.

Parecidas divergencias de criterio existen respecto al *diagerminoma* y GALAN y VALENZUELA (13) señalan que a pesar de existir casos benignos, el tumor *disgerminal* es habitualmente canceroso.

En relación con los cánceres secundarios en el ovario, NOVAK (28) y NOVAK y GRAY (27) señalan que el concepto que se tiene del llamado tumor de KRUKENBERG es vago y variable y que existe la posibilidad de que neoplasias sólidas, mucoides, con células en anillo de sello sean en relación primitivas del ovario.

KARSH (18) en 72 blastomas secundarios del ovario, sólo en 4 pudo identificar el aspecto del llamado tumor de KRUKENBERG.

BOGGINO y CODAS (3), MASCIOTTRA y MARTINEZ DE LA HOZ (22), FERNANDEZ-RUIZ (10), CROUSSE y DUPONT (8), SARDI y AHUMADA (34), SAPHIR (33) y otros, señalan que a pesar de afirmarse o pensarse que se trata de cánceres secundarios en el ovario, en la mayoría de los casos la extirpación tumoral y aún la anexo-histerectomía subtotal o total es lo indicado, tratando en su caso y después él al primario.

A propósito de estos blastomas, recordaremos que la primera observación dada a conocer en México, de tumor de KRUKENBERG, fué de MARTINE BAEZ (21) y CORREA.

A propósito de la muy grave asociación de embarazo y cáncer ovárico, nosotros no la hemos observado. BOSSERT (4) relata un raro e interesante caso de *gravidéz uterina inicial* asociada a cáncer sero-papilar bilateral de los ovarios, en que se efectuó histerectomía subtotal y luego roentgenterapia. GUSTAFSON, GARDINER y STOUT (16) relatan dos casos de coexistencia de cáncer ovárico y preñez, uno de ellos siendo de tumor de KRUKENBERG.

## RESUMEN

1.—Los cánceres ováricos constituyen aproximadamente el 4% de los blastomas de la mujer y el 15% de los cánceres del aparato genital pélvico femenino.

2.—Por lo tardío que generalmente se hace su diagnóstico, lo inoportuno e incompleto de su tratamiento quirúrgico y la rebeldía frecuente a las radiaciones, constituyen padecimiento a menudo mortal.

3.—De 283 neoplasias ováricas observadas en 12 años, de 1941 a 1953, 51 fueron cancerosas; de éstas 5 eran secundarias y 46 primitivas.

4.—De los 46 cánceres ováricos primitivos, 28 eran sólidos y 18 quísticos. De los quísticos, 11 correspondían al tipo seroso y 7 al mucoso.

5.—De los 28 cánceres ováricos sólidos, 3 eran de la granulosa, 1 disgerminal, 1 embrionario, 1 cáncer conjuntivo y 22 blastomas de aspecto epitelial.

6.—De los 46 cánceres primitivos, 30 se presentaron en personas entre los 50 y los 69 años.

7.—Se observaron 2 casos de cánceres en ovarios restantes después de histerectomía subtotal.

8.—Fueron tratados 28 por extirpación completa y 12 por extirpación incompleta; en 4 biopsia por laparotomía; 2 fueron inoperables, habiéndose hecho sólo biopsia ganglionar extra-abdominal.

9.—De los 46 casos, 13 presentaron ascitis, que fué en 5 serosa, en 7 sero-hemorrágica y en uno francamente hemorrágica.

10.—De las 46 personas con cáncer ovárico, se sabe del fallecimiento de 22, lo que da un porcentaje de mortalidad de cerca del 50%.

11.—Se considera que de las 46 enfermas de cánceres ováricos primitivos, 28 fueron operadas en momento al parecer oportuno, es decir, permitiendo extirpación completa; en 18 fué inoportuna; agregando los 5 casos de cánceres secundarios se hace un total de 23 personas que fueron vistas tardíamente de su cáncer ovárico.

12.—De las 46 personas con cáncer ovárico primitivo, en 17 se pensó en cáncer ovárico, en 23 sólo se afirmó neoplasia ovárica, en 4 tumor pélvico-abdominal y en dos se trató de hallazgo operatorio.

13.—De los síntomas que conducen al diagnóstico, el más importante es el palparse a un lado o a ambos lados de la matriz, tumor de consistencia dura o blanda, fijo o móvil; este dato acoplado con los demás de la exploración, permite inferir la existencia probable de tumor ovárico y además conduce a pensar en la posibilidad de que se trate de blastoma.

14.—Es el examen histológico de lo que se extirpa o de biopsia, lo único que permite afirmar el diagnóstico de cáncer ovárico.

15.—En caso de ascitis, el hallazgo de células cancerosas en el líquido peritoneal puede contribuir al diagnóstico.

16.—El mejor medio para apreciar y poder tratar, debidamente y oportunamente, el cáncer ovárico, es efectuar exámenes ginecológicos periódicos, en salud o al menor síntoma.

17.—Los tumores ováricos sólidos irregulares, vegetantes, adherentes o libres, pero sin cápsula o con esta no íntegra, unilaterales o bilaterales, casi siempre se deben considerar como cancerosos.

18.—Los tumores ováricos quísticos, papilomatosos, bilaterales, no bien limitados, con o sin ascitis, deben ser considerados (mientras no se demuestre histológicamente lo contrario), como cancerosos.

19.—El tratamiento más frecuentemente indicado, cuando se piensa al operar que se trata de cáncer, y éste es extirpable en su totalidad, es la anexo-histerectomía total, seguida o no de extirpación del gran epiplón.

20.—Cuando no pueda hacerse la extirpación completa, es útil extirpar la mayor parte de la neoplasia, pues se ha observado que la roentgenterapia posterior da así mejores resultados que si se dejaran grandes masas tumorales.

21.—Abierta la cavidad peritoneal y afirmada la muy probable existencia de cáncer ovárico, las posibilidades quirúrgicas son en síntesis tres: que sea *inextirpable*, que sea *parcialmente extirpable* y que sea *totalmente extirpable*.

22.—La identificación histológica de los blastomas ováricos es a veces problema difícil tanto en lo que se refiere a señalar su tipo histológico como el grado de malignidad.

23.—En la apreciación de los grados de malignidad histológica, se debe tomar en cuenta el conjunto de los datos celulares y tisulares, colocando a los blastomas en grados crecientes de uno a cuatro.

24.—En lo que se refiere a la clasificación en etapas o estadios nos parece apropiado aceptar cuatro períodos:



- a) Cáncer de un solo ovario;
- b) Cáncer en ambos ovarios y en zonas cercanas;
- c) Cáncer pélvico-abdominal ovárico, solo extirpable parcialmente;
- d) Cáncer ovárico pélvico abdominal, con metástasis alejadas.

25.—Una de las mejores profilaxis del cáncer ovárico, es tratar por extirpación completa las neoplasias ováricas verdaderas, por benignas que parezcan.

26.—El tratamiento apropiado en las neoplasias ováricas todavía benignas, los exámenes médicos periódicos en salud y aquellos hechos al menor síntoma son actualmente los mejores medios de prevenir cánceres ováricos o de lograr diagnósticos a tiempo que permitan hacer tratamiento curativo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—AHUMADA Juan C., SALABER Juan A., y AHUMADA Jorge L.—Tratado Elemental de Ginecología (López & Etchegoyen). Buenos Aires, Argentina. 1952. Págs. 188 a 190.
- 2.—BEDOYA J. M.—Tumores ováricos. (Acta Ginecológica). Madrid, España. 1950. Págs. 29 a 40, 121 a 124.
- 3.—BOGGINO J. y CODAS THOMPSON Q.—Tumor de Krukenberg a partir de cáncer de páncreas. Boletín del Instituto de Medicina Experimental para el Estudio y Tratamiento del Cáncer. Año XVIII. No. 57. Págs. 779 a 785. Buenos Aires, Argentina. Septiembre, 1941.
- 4.—BOSSERT Lester J.—Bilateral ovarian carcinoma associated with intrauterine pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 44. No. 2. Págs. 336 a 341. San Luis Mis., EE. UU. Agosto, 1942.
- 5.—BOTELLA LLUSIA José.—Enfermedades del aparato genital femenino. Fascículo IV. (Afrodisio Aguado, S. A.). Madrid, España. 1946.
- 6.—BURSLEM R. W., LANGLEY F. A. and WOODCOCK A. S.—A clinicopathological study of oestrogenic ovarian tumours.—Cáncer. Vol. 7. No. 3. Págs. 522 a 538. Filadelfia. E. U. Mayo, 1954.
- 7.—CONILL MONTOBBIO Victor.—Tratado de Ginecología. (Editorial Labor). Barcelona, España. 1946. Págs. 707 a 711.
- 8.—CROUSSE R. et DUPONT Ad.—Les metastases ovariennes des cancers digestifs ne sont pas des rares. (Notes au sujet de 20 observations de tumeurs de Krukenberg). Le Scalpel. Año 91. No. 15. Págs. 466 a 480. Bruselas, Bélgica. Abril 9 de 1938.

- 9.—CURTIS Arthur Hale.—Ginecología. Traducción. México, D. F., 1941.—Págs. 283 a 285.
- 10.—FERNANDEZ RUIZ C.—Aportación al estudio de los tumores malignos metastásicos del ovario (Tipo Marchand-Krükenberg). Revista Española de Obstetricia y Ginecología. Tomo IX. No. 52. Págs. 211 a 221. Valencia, España. Julio-Agosto, 1950.
- 11.—FERNANDEZ RUIZ C. y VEGA L. de.—Aportación a la casuística de tumores de la granulosa del ovario. (Cáncer de células de granulosa). Cirugía, Ginecología y Urología. Vol. III. No. 2. Págs. 132 a 138. Madrid, España. Febrero, 1952.
- 12.—FONSECA G. Francisco y ORDÓÑEZ ACUÑA Armando.—El problema de los carcinomas generalizados del vientre de origen ovárico. Revista Médica del Hospital General. Vol. IX. No. 7. Págs. 505 a 514. México, D. F. Abril, 1947.
- 13.—GALAN G. y VALENZUELA G. E.—Digerminoma ovárico o falso seminoma. Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Vol. XVII. No. 5. Págs. 129 a 134. Santiago, Chile, Agosto, 1952.
- 14.—GEIST Samuel H.—Ovarian Tumors. (Paul B. Hoeber, Inc.) N. York, EE. UU. 1952. Págs. 202 a 253.
- 15.—GOLUB Leib J.—The diagnosis of ovarian cancer.—American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 66. No. 1. Págs. 169 a 177.—San Luis, Mis. EE. UU. Julio, 1953.
- 16.—GUSTAFSON Gerald W., GARDINER Sprague H. and STOUT Francis E. Ovarian tumors complicating pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology.— Vol. 67, No. 6, Págs. 1210 a 1220.— San Luis Mis. EE. UU. Junio, 1954.
- 17.—HARRIS William H.—Granulosa cell tumors of the ovary. Surgery, Gynecology and Obstetrics. Vol. 75. No. 2. Págs. 245 a 251. Chicago, Ill., EE. UU. Agosto, 1942.
- 18.—HARSH Jamil.—Secondary malignant disease of the ovaries. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 61. No. 1. Págs. 154 a 160. San Luis Mis., EE. UU. Enero, 1951.
- 19.—LICHTINGER Kuba.—Aspectos clínicos del cáncer del ovario. La Prensa Médica Mexicana.—Año XVIII. No. . Págs. 1 a 3. México, D. F. Enero 31, 1953.
- 20.—LYNCH Frank W.—A clinical review of 110 cases of ovarian carcinoma. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 32. No. 5. Págs. 753 a 777. San Luis Mis., EE. UU. Noviembre, 1936.
- 21.—MARTINEZ BAEZ Manuel.—Un caso de tumor de Krükenberg. Pasteur. Tomo I. No. 6. Págs. 327 a 329. México, D. F. Junio, 1931.
- 22.—MASCOTT R. L., y MARTINEZ DE HOZ R.—La metástasis ovárica en el carcinoma de endometrio. Revista Médico-Quirúrgica de Patología Femenina. Tomo VII. No. 6. Págs. 721 a 732. Buenos Aires, Argentina. Junio, 1936.
- 23.—McCONNIE Randolph.—Diagnóstico y tratamiento del carcinoma del ova-

- rio. Revista de la Liga Portorriqueña contra el cáncer. Año XII. No. 4. Págs. 103 a 110. San Juan, Puerto Rico. Agosto, 1952.
- 24.—MENDIOLA Roberto.—Tumores granulosa-celular. Anales de Cirugía. Academia Mexicana de Cirugía. México, D. F. 1944. Págs. 81 a 97.
- 25.—MONTGOMERY John. B.—Malignant tumors of the ovary. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 55. No. 2. Págs. 201 a 217. San Luis Mis., EE. UU. Febrero, 1948.
- 26.—MUNNELL Equinn W. B.—Malignant tumors of the ovary. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 58. No. 5. Págs. 943 a 955. San Luis Mis., EE. UU. Noviembre, 1949.
- 27.—NOVAK Emil and GRAY Laman A.—Kriekenberg tumours of the ovary. Surgery, Gynecology and Obstetrics. Vol. 66. No. 2. Págs. 157 a 165. Chicago, Ill., EE. UU. Febrero, 1938.
- 28.—NOVAK Emil.—Gynecology and Obstetric Pathology. (W. B. Saunders Co.) Filadelfia, EE. UU. 1952. Págs. 354 a 372 y 373 a 384.
- 29.—RANDALL Clyde L. and HALL Donald W.—Results of the treatment of ovarian malignancies American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 63. No. 3. Págs. 497 a 510. San Luis Miss. EE. UU. Marzo, 1952.
- 30.—REGATO Juan A. del y ACKERMAN Lauren V.—Cáncer. Traducción. México, D. F. 1951. Págs. 789 a 806.
- 31.—ROGERS Thurman M.—Granulosa cell carcinoma of the ovary. The Journal of the International College of Surgeons. Vol. XIV. No. 3. Págs. 325 a 329. Chicago, Ill., EE. UU. Septiembre, 1950.
- 32.—RUIZ Vicente.—Tratamiento del carcinoma del ovario. Revista Médica de Córdoba. Vol. 40. No. 11. Págs. 348 a 351. Córdoba, Argentina. Noviembre, 1952.
- 33.—SAPHIR Otto.—Signet ring cell carcinoma. The Military Surgeon. Vol. 109. No. 4. Págs. 360 a 369. Washington, D. C. EE. UU. Octubre, 1951.
- 34.—SARDI Juan Luis y AHUMADA Jorge Luis.—Patología y Clínica de los carcinomas secundarios del ovario. Revista Médico Quirúrgica de Patología Femenina. Tomo XVII. No. 6. Págs. 385 a 438. Buenos Aires, Argentina. Junio, 1941.
- 35.—SIMON Herbert J. Primary ovarian carcinoma presenting pulmonary symptoms. Clinical Medical and Surgery. Vol. 42. No. 11. Págs. 535 a 537. Waukegan, Ill., EE. UU. Noviembre, 1935.
- 36.—SIMON Norman, ABRAMS Julian, KHILNANI Mansoh, MARGOLIN Harold N., GURMAN Stuart I., ELIASOPH Joan and MAYER Josephine.—The use of radioactive gold in the treatment of effusions due to cancer. Journal of the Mount Sinai Hospital. Vol. XX. No. 4. Págs. 237 a 246. N. York, N. Y. EE. UU. Noviembre-diciembre, 1953.
- 37.—STENBERG William H.—Neoplasmas malignos del ovario. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. IV. Nos. 2, 3. Págs. 199 a 207. México, D. F. Marzo-Junio, 1949.
- 38.—STORAASLI J. P., BONTE F. F., KING D. P. and FRIEDEL H. L. The use of radioactive colloidal gold in the treatment of serous effusions of

- neoplastic origin. *Surgery, Gynecology and Obstetric*. Vol. 96. No. 6. Págs. 707 a 710. Chicago, Ill. EE. UU. Junio, 1953.
- 39.—TAYLOR Howard C. and GREELEY Arthur V.—Factor influencing the end-results in carcinoma of the ovary. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Vol. 74. No. 5. Págs. 928 a 934. Chicago, Ill. EE. UU. Mayo, 1942.
- 40.—TAYLOR E. Stewart.—*Manual of Gynecology*. (Lee & Febiger). Filadelfia, EE. UU. 1952. Págs. 119 a 128.
- 41.—TE LINDE Richard W.—*Ginecología Operatoria*. Traducción (José Bernardes Editor). 1948. Buenos Aires, Argentina. Págs. 575 a 584.
- 42.—UMIKER William and SEEN Max.—Carcinoma of the ovary with malignant cells in the vaginal smear of an asymptomatic patient. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 66. No. 3. Págs. 674 a 677. San Luis, EE. UU. Septiembre, 1953.
- 43.—WAY Stanley.—Malignant disease of the female genital tract. (The Blakiston Co.) Filadelfia, EE. UU. 1951. Págs. 183 a 217.
- 44.—WHARTON Lawrence R.—*Ginecología* (Editorial Interamericana, S. A.) México, D. F., 1950. Págs. 603 a 608.
- 45.—WHEELOCK Franck C., FENNELL Robert H., and MEIGS Joe V.—Carcinoma of the ovary. Clinical and Pathological evaluation. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 245. No. 12. Págs. 447 a 449. Boston, Mas., EE. UU. Septiembre 20, 1951.
- 46.—WOODRUFF J. Donald and NOVAK Edmund R.—Papillary serous tumors of the ovary. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.—Vol. 67. No. 5. Págs. 1112 a 1126. San Luis Mis. EE. UU. Mayo, 1954.
- 47.—ZUCKERMAN Conrado.—Conducta terapéutica en las neoplasias ováricas. *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*. Año XVII. No. 1. Págs. 3 a 7. México, D. F. Enero, 1949.
- 48.—ZUCKERMAN Conrado.—Fibroepiteliomas ováricos. Tumor de Brenner. *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*. Año XVII. No. 4. Págs. 99 a 109. México, D. F., Abril, 1949.
- 49.—ZUCKERMANN Conrado.—Neoplasias ováricas. *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*. Año XVII. N. 5. Págs. 150 a 216. México, D. F. Mayo, 1949.
- 50.—ZUCKERMANN Conrado.—Digerminoblastoma ovárico y colecistitis agua. *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*. Año XVIII. No. 9. Págs. 259 a 274. México, D. F., Septiembre, 1950.
- 51.—ZUCKERMANN Conrado.—Neoplasias funcionantes del ovario. *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*. Año XVIII. No. 10. Págs. 299 a 323. México, D. F., Octubre, 1950.
- 52.—ZUCKERMANN Conrado.—Nomenclatura y clasificación de las neoplasias. *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*. Año XX. No. 5. Págs. 135 a 157. México, D. F. Mayo, 1952.
- 53.—ZUCKERMANN Conrado.—Corioma (mola) y corioblastoma (coriocarcinoma) de peculiares caracteres. *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*. Año XX. No. 10. Págs. 295 a 315. México, D. F. Octubre, 1952.

## COMENTARIO

Por el Académico Dr. Luis CARRILLO AZCARATE.

### SEÑORES ACADEMICOS:

El Dr. Zuckermann acaba de dar lectura a su trabajo reglamentario titulado: "Cánceres Ováricos, Hechos Anatómo-Clínicos", el cual ha sido ilustrado profusamente.

Que el trabajo es incompleto y su título así lo expresa, no es discutible; la mente de todos ustedes lo ha captado; pero si acepté comentar este trabajo fué porque me impuse la obligación de no venir a señalar los equívocos sino los aciertos. A los hombres se les juzga por su grandeza, no por sus debilidades; porque humana es la imperfección y por lo tanto cuando surge una luz, a ella nos dirigimos y en este caso así es.

Zuckermann centraliza en su trabajo la gravedad, en todos sus aspectos, del problema onco-ginecológico maligno de las glándulas sexuales femeninas y expone de una manera precisa y dogmática su conducta al respecto, apoyada en la opinión de gran número de autores, mencionada en su relato y la respalda una copiosa y escogida bibliografía.

Estoy de acuerdo con él en su manera de tratar los cánceres, pues por el momento no se poseen otros elementos ni técnicas superiores a las ya dichas por Zuckermann y es de concenso universal.

Para mí lo que es loable en el Dr. Zuckermann es su pasmo ante el azote que constituye el cáncer para la humanidad, y su inquietud, casi angustiosa, por tratar de resolver lo mejor posible la profilaxis y la curación de este mal y en esto radica su valor y esfuerzo científicos.

Como dije en ocasión anterior, en este mundo de inquietudes en donde existen crisis de almas y de instituciones, en donde un estremecimiento profundo atormenta las conciencias y desorganiza la convivencia humana en todos sus grados, espectáculo doloroso que nos ofrece la civilización contemporánea y cuyo punto clave lo constituye el problema de la paz mundial, pienso, que no existe problema de más palpitante interés, que se imponga al espíritu de nuestro tiempo con una angustiosa actualidad y de un modo más general, que el del cáncer.

La humanidad espera como una revelación próxima y súbita, el descubrimiento de la cura radical de este azote, pero no mide la complejidad del problema ni las lentas etapas por las que debe pasarse para

llegar al conocimiento de la causa primera; en la actualidad, se conoce el esfuerzo común de los investigadores en los laboratorios del mundo entero, para llegar a la solución del enigma. Y como decía VELPEAU: "sería tan importante conocer la etiología del cáncer que de buen grado se perdonan a todos los que de él se ocupan, todas las suposiciones."

Efectivamente, así es, nuestra angustia se agudiza y nuestra mente se confunde ante la multiplicidad de doctrinas e hipótesis expuestas para explicar la causa probable en la etiología del cáncer;... pero, una tenue luz, un fulgor lejano, tiende a orientarnos hacia una franca concepción de Biofísica Celular, es decir, hacia una patología celular e inter-celular basada en las nociones de la física nuclear y ondulatoria. El cáncer se considera hoy día, como un problema de Biofísica celular y aquí estriba la enorme dificultad, pues plantea el interés en la vida misma de la célula, de sus equilibrios y sus ritmos, apareciendo la cancerización como la ruptura de algunos de estos factores celulares. Para unos, esta ruptura es una expresión *histológica*: ruptura del equilibrio normal de control entre tejidos vecinos; para otros, *expresión química*: ruptura del equilibrio entre las dos reacciones fundamentales de la célula: respiración y fermentación; quienes más, como, LIPECHINSKAJA, nos introduce en sus investigaciones citogénicas; y más aún HUECK con la doctrina de su Patología Inter celular y MOSINGER con su concepción de la Patología del Sistema Ergonal celular y de sus efectos, constituidos por diferentes organitos citológicos formando en su conjunto un verdadero sistema, en donde se encuentran presentes las hormonas, las vitaminas y las diastasas regidas por el conjunto neuro-endócrino, acepta estas alteraciones dismetabólicas como verdaderas lesiones químicas. Pero es el aspecto físico del problema que se impone más y más, y es el lógico, puesto que en definitiva la química se integra en la física.

Según BOHR, y de acuerdo con la física cuántica y ondulatoria, se puede considerar a los seres vivos como sistemas vibrantes y polarizados. MAGRON considera que la célula se comporta como un resonador en constante vibración; la cancerización resultaría entonces un fenómeno de resonancia perturbada. Y estos estudios y trabajos que tienden a unificar los datos de la física moderna con los fenómenos de la vida celular normal y cancerosa nos colocan frente el cuadro de las leyes cósmicas.



¿Y todas estas concepciones generales que comparten las gentes que trabajan en la mecánica cuántica y ondulatoria en nuestros días, son permanentes y definitivas? No olvidemos qué, algunos físicos como PLANCK, VON LAUE y también EINSTEIN, se resisten todavía a considerar como definitivas estas tendencias que les parecen demasiado revolucionarias, pues abrigan la esperanza de que el desarrollo ulterior conducirá, mediante nuevos descubrimientos experimentales, a una "restauración" *relativa de los viejos modos de pensar*. ¿Y qué decir de las doctrinas de la Patología Correlativa o de Integración, de la Neuroergología, de la Agresología, de la Clastología, de la Blastología, de la Heterergia y de tanta y tantas teorías dismetabólicas celulares? La misma duda, el mismo problema. Y ante tantas limitaciones, ante tales dudas, es el momento en que la Ciencia Natural y la Filosofía, tomadas de la mano, ascienden el camino del CALVARIO y asombradas se encuentran ante DOS CRUCES con dos ladrones, pues la OTRA hace siglos que está vacía. ¡LA VERDAD SE ENCUENTRA MAS ARRIBA!

El Dr. Zuckermann con muy buen juicio y demostrando una experiencia profunda, no interviene en esta maraña de doctrinas, en esta confusión de hipótesis; y con sincera convicción nos expone su conducta, nos muestra su estadística y hace un balance de sus resultados sin engaños ni subterfugios; es sincero. ¡LE FELICITO cordialmente!

—:O:—

## Corrección de las Arrugas

PROCEDIMIENTO DE LA "OREJA EN ISLA" \*

Por el Académico Dr. Mario GONZALEZ ULLOA.

### PROLOGO.

Cuando un cirujano plástico presenta un trabajo frente a un grupo de cirujanos generales o especialistas en otras ramas de la cirugía, escoge siempre temas en los cuales es evidente la necesidad que el enfermo tiene de una intervención quirúrgica por lo monstruoso de su aspecto o por la insuficiencia tan marcada de alguna función.

Tenemos la impresión que es ésta la única manera en que otros médicos pueden comprender y justificar a la cirugía plástica, pero es evidente que se ha llegado a un periodo de desarrollo de las disciplinas humanas en el cual, el salvar una vida o resturar una monstruosidad no son los únicos objetivos en la meta del perfeccionamiento quirúrgico.

El cirujano posee ahora, listo para su uso, un alto grado de seguridad en la técnica, y una gama muy vasta de posibilidades de acción, que le han permitido orientar su labor hacia horizontes en los cuales puede trabajar sobre algo aún más sutil que la vida del hombre: su felicidad; y esto no es sólo ya una posibilidad esotérica, sino una realidad que cada día, el grupo de hombres en medio del cual trabajamos, nos demanda con más y más insistencia.

Así pues, con este trabajo salgo un tanto de los terrenos de la ortodoxia quirúrgica como se entendía ésta hace muchos años, para campar, como muchas otras veces se ha hecho aquí en nuestra Academia, por los terrenos de una cirugía más humana y más útil socialmente.

X

X X

Estamos pasando por un fenómeno único en la historia del mundo: la supervivencia de un porcentaje muy alto de individuos más allá de los 40 años. El censo de población de Estados Unidos de América, en 1950, muestra que existe un grupo de 53 millones de individuos, en una población de 151 millones, que ha pasado esa línea convencional

\* Trabajo leído en la sesión del día 6 de julio de 1954.

de declinación física. Nos muestra, así mismo, que a los 50 años llega un grupo de 34 millones de individuos y a los 60, un grupo de 18.5 millones (que aún puede tener una expectación de vida de 16.79 años). De este último grupo, pueden desprenderse 9 millones de hombres y 9.5 millones de mujeres.

Que existe una disparidad entre la prolongación que la ciencia médica ha logrado de la vida y la sensación exterior de juventud del individuo, puede ser demostrado por el hecho de que anualmente se gastan en Estados Unidos de América, 2.451 millones de dólares en cuidados personales, de los cuales 1.103 millones son empleados para embellecer y para *ocultar la marcha de los años*.

Ha existido desde siempre, en el individuo, un permanente anhelo de juventud (La Fuente de Juvencio, El Vellochino de Oro, etc.) que se exacerba de un modo conflictual en algunos casos; (Fausto, por ejemplo.)

Con la supervivencia, en esta Crux Media del Siglo XX, de ese ejército de individuos maduros, se ha deslizado la línea de juventud hasta más allá de los 40 años. En la actualidad, un hombre de 50 vive una vida más activa y productiva que sus padres a los 30, pero es probable que esa juventud prolongada no vaya acompañada de la sensación integral de juventud y que sea el anhelo de tener la oportunidad, siendo o pareciendo aún joven, de cristalizar un ideal o compensar una vida desequilibrada en lo social, lo sentimental o lo económico, lo que hace a un grupo cada vez mayor de individuos buscar al médico para recobrar el equilibrio perdido entre la sensación interna de vitalidad y el aspecto exterior de desgaste y declinación.

Además, el hombre vive hoy en un mundo en que la lucha por la existencia es dura y si quiere conservarse al paso de este mundo que se mueve vertiginoso, debe luchar, sin desventajas ni prejuicios, en la lucha más tormentosa que el hombre ha tenido en el curso de su existencia en este planeta.

Un buen número de estos pacientes, considera que es una injusticia de la Biología, el hecho de que, al tiempo que han logrado su balance mental, físico, moral y económico a base de esfuerzos, angustia y sacrificio, se inicie la declinación física que congela muchas oportunidades y acorta la dimensión de ese nuevo mundo en que apenas comenzaban a vivir y expanderse.

El psiquiatra conoce bien la situación de ansiedad y conflicto por la que pasan estos individuos, y fueron ellos, los psiquiatras, principalmente, quienes ante la demanda de ayuda de estos seres, crearon el clima psicológico para que varias ramas de la medicina extendieran su campo de acción para ayudar a estos pacientes.

Es por eso, que saliendo del campo de la Cirugía Reconstructora ortodoxa hacia el de una cirugía más humana y comprensiva, describo aquí por primera vez, la técnica que empleamos en la corrección radical de las arrugas:

#### FUNDAMENTO DEL METODO.

La piel se avejeta, por el relajamiento de las trabéculas de tejido conectivo, con lo cual pierde su textura, se afloja y desciende de una manera irregular, ya que queda adherida en los surcos de la cara, que obran como pliegues de suspensión produciendo el aspecto típico de la vejez. Además, la epidermis se fisura ahondando más la huella de la arruga al sufrir los cambios de coloración por el distinto grado de pigmentación producida por la radiación solar.

La única manera que en la actualidad tenemos para corregir esta condición, es elevando la piel a su posición original por medio de un restiramiento en sentido contrario a aquel al cual se efectuó el plegamiento.

Los métodos que hasta la fecha existían para efectuar la corrección, tienen el defecto de restirar sólo en determinadas direcciones, lo cual, ni es suficiente ni devuelve a la cara una apariencia normal de juventud.

Tratando de obviar las desventajas antes descritas, hemos elaborado un procedimiento que mediante la resección de toda la circunferencia de la oreja, deja a ésta como si fuera una isla y permite localizar los puntos de tensión en la parte anterior de la oreja y en la parte posterior de la misma, con lo cual, se hace posible un restiramiento en todas las direcciones evitando el defecto que frecuentemente seguía a las operaciones de arrugas y manteniendo un buen resultado por un tiempo más largo.

Las ventajas típicas de este procedimiento, son las siguientes

- 1.—Restiramiento, suficiente.
- 2.—Tensión uniforme.
- 3.—Reposición de la piel a su posición normal.
- 4.—Inclusión del cuello en la corrección.
- 5.—Mayor duración del beneficio operatorio.

T R A Z O.— (Fig. 1).

Se marca el trayecto de la incisión en la región frontal a 3 cms. por dentro de la línea de implantación del cabello, (fig. 1-B) se pasa por enfrente de la oreja, en el surco preauricular, se contornea la por-



Fig. 1

ción inferior del lóbulo, el borde de inserción posterior de la oreja a 5 mm. del mismo, contorneando el pabellón hasta encontrarse con la incisión preauricular.

A nivel de la prolongación, hacia la parte posterior, del pliegue inferior de la foseta auricular, se dirige un nuevo trazo en plena región

occipital hasta reunirse con una línea similar del lado opuesto. (fig. 1-C).

Paralela y por delante de la primera línea, se traza una segunda línea (fig. 1-A), a la distancia necesaria para obtener un restiramiento suficiente después de extirpar el fragmento de piel comprendido entre ambas líneas.

Como el contorno del tercer trazo (línea A), es mayor que el del primero, es preciso igualar la longitud de las incisiones, para lo cual se resecaran cinco triángulos de compensación, dos en cada lado (figs. 1-D y E), de la región temporal y mastoides, y uno en la región de la nuca, en donde se hará el restiramiento del cuello en la medida de lo necesario, eliminando el tejido excedente después de hacer el restiramiento total de la piel de su cara ántero lateral.

Se marca una línea de tensión (fig. 1, línea F-F), que parte de la comisura ocular hacia arriba y afuera y que sirve para calcular el límite de ascenso que se desea en los tejidos así como para asegurar la simetría del restiramiento.

#### INCISION Y DESPEGAMIENTO

La incisión (fig. 2), se inicia en un lado desde la región de la nuca



Fig. 2



hasta la temporal opuesta, seccionando rápidamente para evitar excesiva hemorragia. Solo se pinzarán y ligarán los vasos que sangren profusamente. Se interrumpe la resección en el punto descrito; se refieren los bordes cutáneos con ganchos y se despega tan extensamente como amplio desee hacerse el tratamiento (fig. 3). El despegamiento

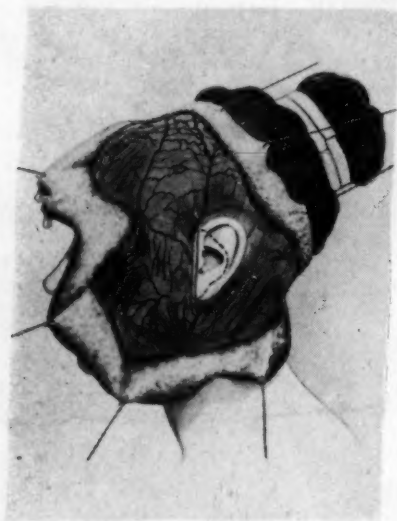


Fig. 3

se hace con bisturí, a nivel del tejido celular, evitando restiramientos bruscos y cambios de plano hacia la profundidad. En la frente, llega hasta las cejas y por la parte posterior hacia la parte media de la calota epicraneana, dejando el periosteo al descubierto. En la parte posterior, se hace en toda la extensión de la nuca y hacia la parte inferior de la región occipital.

Una vez terminado el despegamiento, se aplican dos puntos clave con alambre de acero inoxidable (Nº 32), uno en la región temporal (fig. 4) y otro en la región mastoidea, que mantienen a los



Fig. 4

tejidos en su nueva posición. Se aplican después otros puntos de alambre de acero más delgado (Nº 36), que actúan como pilotos para distribuir uniformemente la tensión.

Una vez terminado este tiempo quirúrgico, se continúa en la misma forma la resección, el despegamiento y las suturas clave en el lado opuesto.

#### CORRECCIÓN DE LAS ARRUGAS

Como la incisión externa es más larga que la interna, el igualamiento de ambas se hace, como se dijo al referirse el trazo, mediante la resección de cinco triángulos de toidea, con sus similares del lado opuesto y el último en la parte media de la región de la nuca, en donde se logra la compensación total de los bordes cutáneos (fig. 5).



Fig. 5

Al terminar el proceso descrito, la oreja ha quedado como una isla (fig. 6) y puede suturarse a los bordes cutáneos y sin ninguna tensión con lo que al mismo tiempo que se evita la deformación de la oreja se produce una excelente cicatriz en la porción facial de la herida.



Fig. 6

Cuando se han terminado de poner las suturas piloto con alambre de acero, se cierran los espacios comprendidos entre uno y otro con hilo



Fig. 7

fino de algodón (Nº 80) para el cuero cabelludo y con Dermalón 5-0 para la porción cutánea.

#### OBSERVACIONES.

Con anestésicos ordinarios la intervención es sangrante y por ello todos los tiempos deben ejecutarse con decisión y rapidez. Con anestesia en hipotensión controlada la hemorragia disminuye francamente.

Con práctica, es fácil de calcular la anchura de la piel en toda su extensión. Los errores de cálculo, en menos, pueden remediarse durante la intervención resecaando un fragmento adicional de piel que debe ser igual en un lado que en otro. El error, en exceso, debe evitarse a toda costa; una vez sucedido, puede remediarse haciendo un despegamiento aún más extenso hacia el eje central de la cara y en el cuero cabelludo.

La tensión del restiramiento debe ser suficiente pero excesiva, la experiencia logra dar la medida exacta.

Es conveniente el uso del acero en el material de sutura, ya que el índice tensional de este material es muy superior al de los otros y puede ser utilizado en hebras muy delgadas que no traumatizan los tejidos.

Fuera de los grandes vasos, provenientes de los troncos arteriales que están sobre la aponurosis, la mayoría de los vasos que sangran se encuentra en el espesor de los tejidos seccionados. La hemostasia es preferible lograrla con la misma sutura, siempre que se haga la incisión y el despegamiento rápidamente.

El post-operatorio en estos pacientes, transcurre normalmente, los puntos de sutura faciales y retroauriculares se retiran en 24-48 horas, los restantes en 72-96, dejando los puntos claves hasta el 5º o 6º día.

#### RESUMEN:

Después de fundar ampliamente la necesidad de la operación por las circunstancias actuales de ambiente, de trabajo y fisiológicas del individuo, se describe en detalle el método seguido para la corrección de las arrugas faciales y cervicales, mediante la resección de una banda continua de piel de las regiones frontal, temporal, pre, retro y supra-auriculares y de la nuca.

Se hace el despegamiento tan amplio como sea necesario y se deja en una verdadera isla a la oreja y a la calota epicraneana, con lo cual se hace factible un restiramiento radical de la cara, cuello y nuca.

La resección de cinco triángulos de compensación, para balancear las incisiones, hace posible un restiramiento uniforme y una sutura cutánea fácil, sin tensión y sin plegamiento.

En el procedimiento se aplican dos puntos clave para mantener toda la tensión de las áreas restiradas. Uno de ellos, en la región temporal y el otro, en la región mastoidea, que al recibir la totalidad de la tensión favorecen la distribución uniforme y sin restiramiento de las suturas.



## BIBLIOGRAFIA

- 1.—Plastic Surgery; 2 cases (E. F. Malbec) *Semana Med.* 2: 1311-1313. Nov. 27 de 1942.
- 2.—Economic considerations of cosmetic surgery (R. O. Renio) *Am. J. Surg.* 55: 126-130. Ja. 42.
- 3.—Plastic Surgery (E. King) *Kentucky M. J.* 40: 264-266 July 42.
- 4.—Plastic Surgery; cases (A. Flores) *Rev. Med. Peruana* 14: 153-169 Mayo 1942.
- 5.—Refinements in reconstructive surgery (F. Smith) *J.A.M.A.* 120:352-358 Oct. 3/42.
- 6.—Surgical risk (W. H. Parsons) & (W. K. Purks) *South Surgeon* 11: 525-532 July/42.
- 7.—Photographic records in plastic surgery with special reference to textural aspects of facial portrayal (E. Butler) *M. Press* 209: 109-112 Feb. 17/43.
- 8.—Plastic surgery (R. Dellepiane Rawson) *Dia. Med.* 14: 1052-1055 Oct. 12/43.
- 9.—Plastic surgery (L. Zeno) *An. De cir.* 8:130-151 Sept. 42.
- 10.—Plastic surgery 5 cases (E. F. Malbec) *Arq. de Cir. Clin. e Exper.* 6: 503-512 April June 42.
- 11.—Surgery of face, mouth and jaws 30 years ago and now (R. H. Ivy) *J. Oral Surgery.* 1: 95-99 April 43.
- 12.—Rhytidectomy (T. E. Cook) *Dallas M. J.* 30: 60-62 May 44.
- 13.—Rural esthetic surgery (P. Quiroga) *Semana Med.* 2: 1454-1456 Dec. 30/43.
- 14.—Plastic Surgery: synthesis (R. Dellepiane Rawson) *Dia. Med.* 15: 638-640 June 21/42.
- 15.—Problems of plastic surgery (C. R. Dox) *Wisconsin J. M.* 44: 593-596 June/45.
- 16.—Facial rhytidectomy in man; case (R. Farina) *Med. cir. farm.* pp. 151-155 Feb. March 46.
- 17.—Esthetic surgery; social indications (A. Barndorfer) *orvosok lapja* 3: 1324-1327 Aug. 24/47.
- 18.—Truth about esthetic surgery and rejuvenation (H. Galand) *Avenir Med.* 45: 8-11 Ja. Feb. 48.
- 19.—Cosmetic plastic surgery; relationship to personality (J. G. Hummel) *Ohio State M.* 44: 711-713 July 48.
- 20.—Indications for facial esthetic surgery of Guy de Chauliac Addition to documented history of plastic surgery in middle ages (J. A. Godazzi Aguirre) *Cong. Latina Am. Cir. Plat.* (1947) 4: 460-467/49.
- 21.—Reconstruction surgery of face and neck (W. A. Mc. Nichols) *Eye Ear Nose & Throat Monthly* 28: 478-483 Oct. 49.
- 22.—Rhytidoplasty (D. M. Mayer & W. A. Swanker) *Plast. and Reconst. Surg.* 6: 255-263. Oct. 50.

## COMENTARIO

*Por el Académico Dr. Adón VELARDE OAXACA.*

Nos ha tocado asistir en estos últimos años, al adelanto más notable de la medicina, impulsando todas sus ramas hacia campos apenas imaginados. La adquisición de armas —verdaderamente maravillosas para la lucha contra las enfermedades, el formidable grupo de antibióticos— desde las sulfamidas hasta la penicilina, estreptomicina y similares; los extractos hepáticos, vitaminas y hormonas, los nuevos insecticidas, con el DDT al frente, contribuyendo a sorprendentes campañas sanitarias. El perfeccionamiento de técnicas de Laboratorio, pruebas funcionales, etc., todo ha suministrado a nuestras actividades médico-quirúrgicas, medios de primer orden para defender la vida y prolongarla, registrándose lo que el Sr. Dr. González Ulloa llama "fenómeno único en la historia del mundo, supervivencia de un porcentaje muy alto de individuos más allá de los 40 años.

En nuestro país no registramos proporción de tanta consideración, en la prolongación de la vida, como la consignada por el Dr. González Ulloa de nuestros vecinos de Norte América, tan poderosos económicamente, como se ve, en nuestro país por cifras referidas a población total, y edades desde el año de 1945 al de 1954 y anotadas en el cuadro adjunto.

Todo lo anteriormente enunciado, ha traído como consecuencia, una importancia cada vez mayor de la Geriatria, de relativa temprana vida, y justo es que aquí abordemos todos los problemas quirúrgicos que ella nos plantee.

Es así como esta noche el señor académico, Dr. González Ulloa, nos presenta su trabajo "LA CIRUGIA PLASTICA EN GERIATRIA", trabajo, que por encomienda de la directiva de nuestra Academia, para mí muy honrosa, intento comentar.

Ciertamente el ansia de juventud perenne, alienta desde que la humanidad existe, en los últimos tiempos los nombres de Brown-Sequard, Voronoff y Bogomoletz están presentes. Y todavía hay quien adquiera, el llamado "Suero pluringlandular de Sanguinetti", y que justamente se anuncia con caras de pacientes de mirada triste y agobiadas de arrugas,

# CANTIDAD DE HABITANTES POR AÑO EN LA REPUBLICA

## Censo de población

Año	Total	De 40 a 44 años.	De 45 a 49.	De 50 a 54.	De 55 a 59 años
1945	22.183,277	1.058,883	939,727	724,893	462,289
1946	23.810,789	1.087,365	965,004	744,302	474,729
1947	24.105,489	1.167,973	991,124	764,541	487,574
1948	24.461,215	1.147,304	1.018,198	785,425	500,892
1949	25.132,005	1.178,766	1.046,120	805,425	514,628
1950	25.825,836	1.211,309	1.075,000	829,242	528,836
1951	26.540,135	1.244,812	1.104,733	852,177	543,462
1952	27.238,148	1.279,662	1.135,661	876,035	558,677
1953	28.052,513	1.315,747	1.176,686	900,738	574,431
1954	28.849,465	1.353,126	1.200,000	926,327	596,075

México, Julio 6 de 1954.

antes del tratamiento, y las mismas, transformadas en caras con ojos brillantes y liberadas de surcos, después de él.

Verdad también, que por hoy, el único tratamiento, desgraciadamente temporal, y a veces a corto plazo, de las arrugas faciales y cervicales, es el quirúrgico.

Pero lo que yo considero, lo que pudiéramos llamar el punto neurológico de este problema, es su indicación operatoria, su conveniencia, su justificación, y lo que esta intervención debe esperarse, principalmente en beneficio del paciente, siempre en el entendido, que se trata de cirugía en el terreno de la geriatría, desde los 40 a los sesenta años que constituye el período pre senil de los 60 en adelante la senectud.

La indicación operatoria del tratamiento de las arrugas faciales y del cuello, es indiscutiblemente debatible. Es normal que a edad avanzada fisiológicamente haya un cambio total del organismo, desde la actitud general, erguida, gallarda, de movimientos fáciles, del joven o el adulto, por la encorvada de lentos movimientos, del viejo; desde las manos sarmen-tonas envejecidas, que delatan a los pseudojóvenes hasta la cabeza blanca y naturalmente el rostro zurcado de arrugas del hombre o mujer entrado en años, que no por cierto afean siempre las caras, ya que en ocasiones las ennoblecen, les dan distinción y despiertan respeto, interés y afecto.

Son, "los psiquiatras, afirma el ponente, quienes iniciaron la caravana de estos enfermos, hacia el Cirujano Plástico, único hombre que realmente puede hacer algo por ellos". Solo en casos excepcionales el verdadero psiquiatra hará tal, ya que su psicoterapia, ocupará lugar preferente en éstos casos, y con ella debidamente orientada, sabrá adaptar al paciente hombre o mujer, a sus nuevas condiciones biológicas, y a la aceptación de estas condiciones, desde el punto de vista de su existencia social.

Habitualmente es el paciente, el que solicita la operación, no será su capricho y vanidad el que la decida. El Cirujano responsable, hará un estudio crítico del candidato, pensando siempre sobre todas las cosas, si la operación le traerá un verdadero beneficio. Muy bien se cuidará de hacerle el juego a una neurosis. Siempre se auxiliará del Psiquiatra para descubrir las posibles reacciones potenciales, que en ocasiones al no tomarlas en cuenta, al estallar, lo desesperarán, lo obligarán a repetir sus intervenciones, y a pesar de haber logrado resultados estéticos muy satisfactorios, lo obligarán al contrario de lo que se afirma, a mandar a su

paciente con el Psiquiatra, que se enfrentará con una neurosis ya avanzada y que era la que primaria y fundamentalmente desencadenaba el cuadro.

Las operaciones para la corrección de las arrugas, la llamada molo-plastia o también titidectomía, casi nacen con el presente siglo. En a finales del siglo pasado, 1899, que Gersuny, asombraba con los resultados espectaculares pero no menos nocivos del empleo de la parafina. La primera operación la realiza en 1906 Lexer, en 1912 se publica el primer caso por Hollander, 1919 y 1921 son las relaciones de Passot y Joseph y posteriormente son modificadas estas técnicas, por Noel, Stein, Logarde, Kromayer y otros. Falta de tiempo me impidió averiguar lo que yo siempre juzgo para nosotros más importante, quienes iniciaron esta modalidad quirúrgica en nuestro país.

La técnica en general de estas intervenciones ~~debe~~ responder:

1º—Al mayor ocultamiento de las líneas de incisión que ya será elípticas, en ese, o en media luna, con los necesarios triángulos de compensación.

2º—Reducir a lo indispensable la extensión de pergamino de los colgajos.

3º—Determinación, ligeramente excedida, hipercorrección para evitar el establecimiento de las llamadas caras de cera, con aspecto oriental, o la desaparición de los rasgos distintivos, particulares del paciente.

4º—Sujetar los colgajos con puntos de fijación suficiente, a periostio y aponeurosis, que desde luego eliminarán espacios muertos, liberarán a las suturas de afrontamiento de la piel de tensión desmedida, pero sobre todo, dándole fijeza a los colgajos, evitarán la recidiva a breve plazo, es quizá el tiempo más importante de la intervención.

Estas operaciones pueden ser parciales, cuando se corrigen, por ejemplo, tan solo párpados, frente, ángulos de los ojos y mejilla, cuello, etc., o totales cuando se trata cara y cuello.

Bien es cierto, que cada paciente presenta un problema particular, al que responderá una cuidadosa planeación previa especial, en atención a edad, características de piel, (tipo hipertrófico o atrófico de la misma) configuración de cara redonda, oval, longilínea, etc., pero ésto no quiere decir, que determinados procedimientos generales, no puedan responder satisfactoriamente a estas premisas.

Justamente el académico, Sr. Dr. González Ulloa, nos presenta toda una técnica, un procedimiento de los totales, que corrige las arrugas faciales y cervicales, resolviendo el problema en su totalidad. Llena satisfactoriamente todas las condiciones generales arriba enunciadas. El trazo de sus incisiones es racional y suficiente, los tiempos precisos y claros. Sus resultados deben ser muy satisfactorios. Es de sentirse que no nos comunique en su trabajo, estadística por sexos, y resultados post-operatorios en lo que se refiere a recidivas. El procedimiento del Dr. González Ulloa, tiene semejanza al preconizado por Fomon en su libro de "Cirugía Plástica y Reparadora". Se trata también de una operación total para cara y cuello. Su incisión no es continua en la región frontal, despega el lóbulo de la oreja al llegar al borde superior del tragus, continúa la incisión hacia la parte posterior siguiendo los detalles del oído, hasta llegar al desprendimiento del lóbulo, continúa la incisión hacia arriba por detrás de la oreja, pero sin llegar a rodearla como si fuera una isla, como lo hace el ponente. Tampoco hace la incisión posterior, ni la doble incisión frontal con el cálculo del tejido por resecar ya que ésto lo hace, calculándolo al desprender el colgajo. Probablemente en algunas ocasiones y tratándose de mujeres, la cicatriz frontal aunque en pleno cuero cabelludo, que deja el procedimiento de González Ulloa, pueda delatarse al hacerse el partido en el peinado tan común en las mujeres, ya sea en medio o lateral, y quizá también en algunos pacientes se aprecie la cicatriz pre-auricular con el procedimiento motivo del comentario.

Mi distinguido amigo, el Sr. Dr. González Ulloa, debe haber obtenido y seguirá logrando éxitos estéticos y beneficios reales para sus enfermos, con el procedimiento por él ideado, ya que a su no discutida experiencia en la materia, se añade su talento, habilidad manual y fino sentido artístico.

#### CONCLUSIONES:

I.—El actual progreso de las ciencias médicas, alarga la vida humana y la cantidad de individuos que rebasan los 40 años, tiende constantemente a crecer. Los problemas quirúrgicos deben ser abordados cada día con mayor atención.



II.—El suscrito estima que la meloplastia, no puede ser el recurso frecuente, para la resolución de los problemas sociales y la adaptación de los que envejecen a sus nuevas condiciones biológicas.

III.—Es papel de los Psiquiatras el adaptar a su nueva vida, tratarse de hombre o mujer, aceptando, las ventajas, satisfacciones y hasta los encantos, así como también las desventajas de esta condición, no con actitud de conformidad o resignación, sino con espíritu constructivo, señal evidente de la verdadera salud mental.

IV.—El Cirujano Plástico recibirá del Psiquiatra los muy contados casos, en que no pudiendo realizarse una psicoterapia causal, se recurre como auxilio a la sintomática que realizará el primero.

V.—No es lícito responder al sólo requerimiento del paciente, para realizar una corrección de un rostro arrugado. Es deber del Cirujano hacer estudio crítico del solicitante, tanto desde el punto de vista estético, como emocional. Al decidirse a realizar la operación llevar el convencimiento, y la responsabilidad de que se otorgará un real beneficio al paciente. Con frecuencia el auxilio del Psiquiatra se hará indispensable.

VI.—Es menester advertir la temporabilidad de la corrección facial realizada, ya que fluctúa entre los 3 y los 6 años.

VII.—El procedimiento expuesto e ideado por el Académico señor doctor Mario González Ulloa, responde y satisface las premisas que deben llenar todas las técnicas de la meloplastia, resuelve en su totalidad el problema de cara y cuello y es bueno.

VIII.—En aquellas profesiones en las que la buena presentación, constituye un verdadero útil trabajo, como por ejemplo artistas de cine y teatro, de televisión, cantantes, etc., la supresión de las arrugas, hechas por el Cirujano Plástico está justificada y debe aceptarse.

No obstante la divergencia de pareceres entre el ponente y el suscrito, quiero felicitar cordialmente al señor doctor González Ulloa, por la entereza para traer a nuestra Academia tema de tan indudable interés y sobre el cual, con toda lealtad opina.

## *Síntesis de Literatura Reciente*

**CARCINOMA DEL ESTOMAGO:** Revisión de 406 casos vistos de 1940 a 1945: Operabilidad, reseccabilidad y curabilidad. Charles H. Brown y Charles F. Kane. *Gastroenterology* 22: 64-75, Sept. 1952

En este trabajo, en el cual se refieren principalmente las observaciones de operabilidad y curabilidad del carcinoma gástrico en una serie de 406 casos, observados en la Cleveland Clinic, los autores señalan la imposibilidad de determinar la operabilidad exclusivamente por el estudio radiológico.

En 25 pacientes la enfermedad fué considerada demasiado extensa para ser operable basándose solamente en los hallazgos radiológicos.

Dos pacientes a los que se consideraron inoperables después del estudio radiológico, respondieron favorablemente a la irradiación en pequeñas dosis. Se pensó que se trataba de gastritis hipertrofica o linfoblastoma. Una paciente fué considerada inoperable en 1945 debido a la aparente extensión de la enfermedad. Ella volvió en 1951 con nuevos síntomas gástricos habiéndose realizado entonces, resección.

El envolvimiento del esófago, usualmente diagnosticado por medios radiológicos, fué la principal razón para no operar a 19 enfermos. Uno de estos en quien el diagnóstico fué confirmado por biopsia, sobrevivió 7 años.

El envolvimiento del esófago no se considera ya como contra-indicación quirúrgica.

D. P. C.

**DESARROLLO DE CARCINOMA GÁSTRICO EN CASOS DE ANEMIA PERNICIOSA:** John W. Norcross, Stanley E. Monroe y Belton G. Griffin. *Ann Int Med.* 37: 338: 343, Agosto 1952.

Los autores hicieron la investigación debido a la alta incidencia de lesiones premalignas y malignas del estómago que ocurren en enfermos con anemia perniciosa. Estudiaron 233 enfermos por medio de uno o más exámenes radiológicos durante algunos años.

El término medio de tiempo durante el cual fueron estudiados los enfermos fué de 5.9 años.

El diagnóstico de anemia perniciosa fué aplicado solamente cuando el enfermo tenía anemia macrocítica, acompañada de aclorhidria, con respuesta a la terapéutica hepática.

Se encontraron 4 casos de carcinoma del estómago o sea frecuencia de 1.7%.

Los cuatro enfermos tenían síntomas específicos por lo cual fueron enviados a estudio radiológico.

De estos resultados, los autores concluyen en el examen radiológico del estómago debe hacerse anual en forma de rutina en enfermos que tengan anemia perniciosa.

D. P. C.

CIRUGÍA Y

### ACORTAMIENTO DE LA PEQUEÑA CURVATURA EN LA ULCERA GÁSTRICA

Sidney J. Hinds y R. A. Kemp Harper. Brit J. Radiol. 25:451-461-Sept. 1952.

El acortamiento de la pequeña curvatura del estómago, como complicación de la úlcera gástrica crónica es comunmente observado.

10 casos son reportados de los cuales en 7 se había realizado intervención quirúrgica.

El acortamiento, el cual es secundario a la cicatrización de la pared gástrica o del ligamento gastro hepático, causa una deformación típica en la que el píloro se desvía hacia arriba y hacia la izquierda.

Si el acortamiento es muy prominente, el antro se dilata debido a la éxtasis mecánica e irritación gástrica. Esto también probablemente interfiere a la cicatrización.

La hemtemesis es muy común en estos casos.

D. P. C.

### ESTENOSIS DUODENAL POR PANCREAS ANULAR

Th. Johner. Schweiz. Med. Wchnschr 82: 1060-1062 Oct. 11, 1952.

Una mujer de 37 años de edad sufría hacía 7 años de dolores gástricos espasmódicos, 5 a 10 minutos después de tomar alimento.

El estudio radiológico demostró marcada estenosis en la porción descendente del duodeno. Se encontraron sombras por defecto de repleción en la región del bulbo duodenal y éste marcadamente aumentado de volumen.

Se encontró residuo gástrico después de 7½ horas de la ingestión del material opaco.

Radiológicamente no fué posible definir la causa de la estenosis y la intervención mostró que el área estenótica estaba totalmente rodeada de tejido pancreático. Después de una intervención plástica análoga a la operación de Finney, el paciente se recuperó.

Cinco meses y medio después de la operación, el bulbo duodenal aún aparecía dilatado, pero no había evidencia de estenosis duodenal.

Como se muestra en este caso, no es necesaria la extirpación completa en forma de anillo del páncreas anular para reducir la estenosis, sino que una simple excisión del anillo pancreático, es suficiente para eliminar la estenosis y modificar los síntomas.

D. P. C.

### SOCIALES.

El día siete de junio próximo pasado, a la edad de ochenta años, falleció el señor don Pedro Sánchez Colomo Legaspe, padre del Señor Doctor Académico Ricardo Sánchez Cordero, a quien hacemos presente nuestra pena.

Al señor Sánchez Colomo Legaspe, le sobreviven su señora esposa y nueve hijos.

Las honras fúnebres se verificaron en la Iglesia de Santa Rosa de Lima, el diez y seis de junio.

— O —

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Litoral, Rosario, Argentina, por medio del Presidente de las Primeras Jornadas Inter-Universitarias Argentinas de Gastroenterología, comunica a la Academia Mexicana de Cirugía, que su Presidente ha sido designado Miembro Honorario de ese evento científico y al mismo tiempo, invita a todos los colegas gastroenterólogos a participar de esas Jornadas.

El temario oficial elegido es "El Yeyunoileon y El Mesenterio", considerados en forma integral. Estas Jornadas se verificarán del 3 al 6 de Noviembre de 1954.

La Academia Mexicana de Cirugía, agradece la distinción de que se le hace objeto y participa a todos los Sres. Académicos interesados, de la importancia de esa reunión, a fin de que asistan.

El Sr. Prof. José M. Oviedo Bustos es el Presidente de las Jornadas, y el Prof. Doctor Tomás Ocaña es el Secretario.

— O —

También se recibió la invitación para el VII Congreso Latino Americano de Cirugía Plástica que se propone alcanzar los siguientes fines:

- 1º.—Establecer un sistema común para obtener la reintegración social de los mutilados y defectuosos de la cara, para convertirlos útiles a su comunidad.
- 2º.—Crear y fomentar en el médico y en el cirujano general, así como en el especialista de otras ramas, el concepto restaurador de la Cirugía.
- 3º.—Fomentar la fraternidad y el progreso de los Cirujanos Plásticos de América.
- 4º.—Crear, en nuestra Patria, el Instituto Nacional de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Este Congreso se verificará en la Ciudad Universitaria del 5 al 9 de Octubre de 1954, siendo su Presidente el Dr. Mario González Ulloa, y su Secretario el Dr. Xavier Campos Licastro.

Con el propósito de prestar mejor servicio  
a la profesión médica en interés de su mejor  
ejercicio, a partir de hoy estaremos a sus órdenes  
en nuestro nuevo edificio

*Seguimos*  
*A sus órdenes!*

en

Al servicio del médico

**Casa Mario Padilla S.A.**

en el  
corazón  
del centro  
médico

MOYOLINIA 18 TELS: 13-07-77  
38-21-99

AV. CUAUHTEMOC 242 (Esquina Pasteur) TEL: 18-07-67

*Señor Doctor:*

*La Revista Médica de  
CIRUGIA Y CIRUJANOS  
es la de más prestigio en el País.*

*Suscribese a ella*

APARTADO POSTAL 8701. MEXICO, D. F.

**COLAGOGO**  
**COLERETICO**  
**Y EVACUANTE**



**VERACOLATE**

**VERACOLATE**

**VERACOLATE**

**VERACOLATE**

estimula la secreción de bilis normal y la mantiene en solución.

produce un efecto evacuante en la vesícula y conductos limpiándolos de colesterol y pequeños cristales aglomerados.

favorece la eliminación de secreciones mucosas excesivas que obstruccionan los conductos biliares

debido a sus propiedades laxantes, evita el estreñimiento tan frecuente en la estasis biliar.



**VERACOLATE**

*William R* **WARNER and Co Inc.**



Reg. 17403 S.S.A. Prop. A-383/31 S.S.A.